70e ANNÉE — LE NUMÉRO : DEUX FRANCS — N° 1-2 — 10 JANVIER 1942

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

8, Rue Perronet, PARIS-7e
Téléphone : **Littré 70-05**

ABONNEMENTS

France et Colonies ... **50** fr.
Etudiants ... **25** fr.
Etranger { 1re zone ... **100** fr. / 2e zone ... **120** fr.

Chèque Post. *Progrès Médical* Paris 357-81

R. C. SEINE 685.595

Publié par BOURNEVILLE de 1873 à 1908; par A. ROUZAUD de 1908 à 1936

DIRECTION
Professeur Maurice LOEPER
Docteur Maurice GENTY

Les abonnements, *changements d'adresse* (joindre la somme de 2 francs), pour la zone non occupée doivent être adressés :

MESSAGERIES HACHETTE
Service « *Le Progrès Médical* »
12, rue Bellecordière, LYON

Compte chèque postal : Lyon 218

SOMMAIRE


CHLORO-CALCION
P. Michels
CHLORO-CALCION
Solution titrée
de Chlorure de Calcium stabilisé
80 gouttes ou ½ cuil à café
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites, Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hemorrhagies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite, Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON : 65 GR
Pour 100 Gr { Chlorure de Calcium purifié cristallisé . . 36,239
Excipient . . . 63,761
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
4bis, Rue du Colonel-Moll - PARIS (17e)
DOSES MOYENNES : { Adolescents et Adultes de 60 gouttes à 4 cuillerées à café. Enfants au dessous de 10 ans 4 gouttes par années
CHLORO-CALCION : Se prend au moment des repas dans un tiers de verre d'eau sucrée pour éviter l'accoutumance, suspendre pendant 10 jours

TRAVAUX ORIGINAUX

Les paralysies laryngées traumatiques

Par

Louis LEROUX Oto-rhino-laryngologiste

Edith SCHAUVING Assistante d'oto-rhino-laryngologie

Hôpital Bichat

Les paralysies des nerfs moteurs du larynx d'origine médicale, par compression des récurrents ou lésion des centres bulbo-protubérantiels sont suffisamment connues pour ne plus donner lieu à discussion ; par contre les paralysies récurrentielles traumatiques, du fait de leur rareté en temps de paix, sont moins bien étudiées et soulèvent encore bien des problèmes.

La grande majorité des observations de paralysie laryngée traumatique appartiennent à des cas de blessures de guerre, et la statistique de Collet, la plus importante, comporte 25 cas (*Journal de medecine de Lyon*, 1923).

Dans la quasi-totalité des cas, il s'agissait d'atteinte directe du nerf par projectile : balle ou éclat d'obus.

Dans la pratique civile, où les cas observés sont beaucoup plus rares mais non exceptionnels, les blessures par balle peuvent se voir ; mais le plus souvent il s'agit d'un traumatisme plus complexe qui soulève des problèmes de physiopathologie difficile à bien interpréter. En dehors des attentats criminels, rares d'ailleurs, c'est dans les accidents du travail et les accidents d'auto que l'on rencontrera ces paralysies traumatiques.

Il y a donc lieu d'étudier successivement 1° l'aspect clinique des troubles constatés ; 2° la cause provocatrice des lésions ; 3° le mécanisme des paralysies et les diverses hypothèses qui se posent pour l'interprétation des troubles nerveux.

I. Étude clinique

A) Les paralysies laryngées traumatiques peuvent consister dans la seule atteinte du nerf récurrent : *paralysie recurrentielle pure*, typique, sans association d'autres paralysies, de troubles sensitifs ou cardiaques.

Ce type simple se voit dans les observations V, X, XI de la statistique de Collet, dans sept observations de Lannois, Sargnon, et d'Auriac, toutes blessures de guerre ; et dans les observations de pratique civile de Rebattu (deux observations) l'une accident de travail, l'autre accident de foot-ball, et deux observations de Blanc (accidents d'auto). Dans ces quatre derniers cas, la paralysie est survenue à la suite d'un choc violent sur le cou, en un point qu'on ne peut exactement localiser.

Au contraire dans les cas de Collet, plaies par projectile, les points de pénétration du corps étranger ont été bien relevés : on a pu constater qu'ils siègent à la partie inférieure du cou : en avant du sterno-mastoïdien et à 1/2 centimètre en dessous du cartilage thyroïde ; ou à deux travers de doigt au dessus et en dehors de l'extrémité interne de la clavicule gauche, correspondant, au bord antérieure du sterno-mastoïdien, ou au dessus de l'extrémité sternale de la clavicule droite.

B) L'association de paralysie recurrentielle pure à des *troubles cardiaques* se trouve dans quatorze observations de Collet, tous traumatismes de guerre étudiés dans la thèse de Vialleton. Ces auteurs s'attachant particulièrement à cette question des atteintes des filets cardiaques du X, ont fait remarquer que, contrairement aux traités classiques de physiologie qui admettent que la section d'un seul pneumogastrique n'a pas d'effet sensible sur le rythme cardiaque, dans de nombreux cas suivis par eux-mêmes, ont au contraire constaté que l'atteinte unilatérale (mais pas nécessairement la section) du nerf provoquait de l'arythmie et la disparition du réflexe oculo-cardiaque. Tout en admettant l'exactitude des observations de Collet et Vialleton on peut se demander s'il s'agit d'une lésion du pneumogastrique ou si ce n'est pas plutôt le spinal interne qui est atteint. Vernet soutient l'opinion que les fibres modératrices du cœur viennent du spinal, des travaux récents et en particulier la thèse de Ed. Schauving reprennent cette théorie de l'innervation motrice exclusive du larynx par la branche interne du spinal.

A coté des troubles du rythme cardiaque, d'autres phénomènes fonctionnels associés à une paralysie recurrentielle traumatique ont pu être signalés : notamment dans une de nos observations personnelles un coup de couteau portant sur le coté droit du cou et déterminant une plaie de 3 centimètres en arrière et en bas de l'angle droit de la machoire a provoqué une paralysie du récurrent droit définitive et des

FEUILLETON

LE MONDE MÉDICAL PARISIEN IL Y A CENT ANS

I

LA FACULTÉ

Cent ans ! *Breve aevi spatium*, à bien y réfléchir. Et pourtant, que de changements en ces cent années ! Quelles révolutions dans la science et particulièrement dans la médecine ! Laennec est mort depuis quinze ans, Dupuytren depuis six ans, Broussais vient de disparaître à son tour. Pasteur est né en 1823. Ces noms seuls suffisent à montrer l'intérêt qui s'attache à cette époque de transition où brillent des noms comme ceux d'Andral, de Velpeau, de Bouillaud, de Piorry et de Trousseau. N'est-il pas tentant de faire revivre quelques personnalités de cette époque, de montrer quelles étaient les idées en vogue, de peindre même ce qu'était à ce moment la vie du praticien, celle de la presse médicale ? Risquons-nous, et commençons, comme il convient, par la Faculté elle-même.

Le quartier où elle réside a subi lui-même depuis lors des modifications considérables. Ni le boulevard Saint-Michel ni le boulevard Saint-Germain ne sont, il y a cent ans, percés. Pourtant la Faculté habite les anciennes Ecoles de chirurgie, là où elle est encore et les bâtiments n'ont guère changé, sauf que, bien entendu, la façade Nord n'existe pas, n'ayant été construite qu'en 1878. Pas plus n'existent les constructions qui font le coin de la rue Hautefeuille. Il y a là des maisons vieilles, assez décrépites, où les hommes de ma génération se souviennent d'avoir passé leurs examens et même soutenu leur thèse. La rue Hautefeuille est là, avec la tourelle de l'hôtel de Fécamp, qui subsiste encore. Elle borde la Faculté à l'Est. La rue de l'Ecole-de-Médecine a cessé depuis peu de s'appeler rue des Cordeliers et l'Eglise des moines (il ne reste de l'abbaye que le bâtiment où est le musée Dupuytren) est tombée sous la pioche des démolisseurs, faisant place, en face de la Faculté elle-même, à l'Hôpital des Cliniques, dont on aura à reparler. La rue des Cordeliers aboutit, à l'Est, à la rue de La Harpe, qui occupe à peu près l'emplacement du boulevard Saint-Michel actuel ; à l'Ouest, après avoir dépassé la rue du Paon, elle aboutit à la rue des Fossés Saint-Germain. A peu près en face de la façade s'ouvre la rue de l'Observance. Au Nord, les bâtiments de la Faculté donnent sur l'impasse ou cul-de-sac du Paon.

Le personnel enseignant (Orfila est le doyen) comprend, en 1842, vingt-six professeurs et vingt agrégés. Parmi les professeurs, les uns, les plus anciens, ont été nommés directement par la couronne, que représentait Denis de Frayssinous, grand maître de l'Université, après quelques temps de fermeture de la Faculté ; les autres ont été élus au concours et cette dualité d'origine ne laisse pas de créer un certain malaise dont on

crises de dyspnée nocturnes, sans signe clinique pulmonaire, des vomissements fréquents après les repas, sans altération du rythme cardiaque phénomènes persistants encore un an après l'accident.

Signalons encore à titre de cas exceptionnel une observation de Duguet : paralysie récurrentielle compliquée de myosis : un cycliste est renversé et présente diverses plaies dont une cervicale sur le coté droit du larynx : immédiatement apparaissent les phénomènes d'aphonie et d'inégalité pupillaire par myosis droit : au bout d'un an ce dernier signe n'était pas modifié et la corde vocale tout-à-fait atrophiée.

C) Les *paralysies laryngées associées* à des paralysies d'autres nerfs craniens semblent être au moins aussi fréquentes, sinon plus, que les paralysies récurrentielles isolées.

Le syndrome des quatre derniers nerfs craniens (syndrome de Lannois ou du trou déchiré postérieur) se retrouve dans les observations de Lannois et Boucart et Lannois, Sargnon et Vernet (quatre observations) dues à des éclats d'obus.

Les autres syndromes classiques — syndrome d'Avellis : hémiplégie vélo-pharyngo-laryngée, syndrome de Schmidt association de cette hémiplégie et de la paralysie du spinal externe sont fréquemment signalés comme blessures de guerre (Canuyt, Lannois, Laurens, etc.) L'atteinte du grand hypoglosse et du récurrent a été décrit pour la première fois par Tapia en 1905 comme suite de blessure par corne de taureau avec plaie cervicale ; le même auteur a publié l'année suivante un cas analogue. Texier en 1915 et 1916 rapporte deux blessures de guerre ayant donné lieu au même syndrome. Villaret et Haguenau signalent un cas de paralysie du XII avec hémiatrophie de la langue, paralysie de la corde vocale du même coté sans atrophie, intégrité du voile et des muscles de l'épaule, dus à une chute avec choc sur la tête et le cou.

D) En dernier lieu nous signalerons des *associations atypiques* de paralysies laryngées qui ne paraissent pas avoir été déjà décrites. Chez un de nos malades : blessé à la joue gauche par éclat de bombe, nous avons pu constater : une paralysie de la corde vocale gauche, hémiparalysie du voile, paralysie avec atrophie de la moitié gauche de la langue avec diminution des sensations gustatives, paralysie du facial inférieur gauche, exophtalmie du même coté sans paralysie des muscles de l'œil ni de la pupille.

Une autre association certainement très rare est celle d'hémiplégie laryngée et paralysie du membre supérieur homolatéral : personnellement nous avons examiné un ouvrier qui ayant glissé d'une échelle est resté un instant suspendu par le bras gauche tordu : il a présenté de suite une paralysie de la corde vocale gauche, une hémiparésie du voile, une parésie fonctionnelle du membre supérieur gauche sans atrophie ni dégénérescence.

Bouchet nous a communiqué un cas analogue et encore plus net : un manœuvre saisi par le bras droit et soulevé de terre par une grue électrique, présente immédiatement après être décroché une paralysie totale du membre supérieur droit et une paralysie de la corde vocale droite sans atteinte du voile : ces deux lésions ont persisté intégralement. La paralysie du bras est attribuée à un arrachement ou élongation du plexus bracchial.

Vernet a rapporté dans sa thèse une observation de Wustmann : une moissonneuse est traînée par terre au moyen d'un mouchoir entourant la tête et le menton ! il en résulta une impotence fonctionnelle du bras gauche, atrophie du sterno-cleïodo-mastoïdien, du trapèze paralysé en flaccidité, une hémiparésie du voile et de la corde vocale correspondante.

Enfin dans la statistique de Collet les observations III, VI et XXIV comportent une association d'hémiplégie laryngée et de paralysie du plexus bracchial.

II. Étiologie

Nous voyons donc par cette étude clinique semmaire combien variée peut être la paralysie traumatique du larynx du fait des associations des atteintes des nerfs voisins.

On peut se demander si cette variété de lésions nerveuses correspond à une variété symétrique de modes de traumatisme ; autrement dit, si à chaque type de traumatisme correspond une lésion proportionnelle et son intensité, à son point d'application, etc. Nous verrons qu'il n'en est rien qu'aucune règle n'existe, aucun rapport ne peut être établi entre tel traumatisme et telle lésion.

Quels que soient l'agent vulnérant, la blessure, le choc ; qu'il s'agisse de contusion légère ou intense, localisée ou diffuse, de traction, de blessure par arme blanche, de corps étranger, on peut voir apparaître n'importe quel type de paralysie laryngée, isolée, association classique ou atypique.

Les blessures par arme blanche, coup de couteau, bayonnette sont certainement très rares, les plaies par autres corps (corne de taureau) exceptionnelles.

Dans les blessures de guerre il s'agit presque toujours de pénétration de balle, d'éclat d'obus.

Dans la pratique civile il s'agit de contusion, locale ou générale, rarement de traction.

---

trouve les échos dans les papiers du temps. Le concours, maintenant, règne seul et pas un concours pour rire, comme nous le verrons tout à l'heure.

Les professeurs d'alors se nomment : Moreau (accouchements) ; Breschet (anatomie) ; Orfila (chimie médicale) ; Roux, Cloquet, Velpeau et Bérard jeune (clinique chirurgicale) ; Fouquier, Chomel, Bouillaud et Rostan (clinique médicale) ; P. Dubois (clinique d'accouchements) ; Royer-Collard (hygiène) ; Adelon (medecine légale) ; Richard (histoire naturelle médicale) ; Blandin (opérations et appareils) ; Andral (pathologie générale et thérapeutique) ; Marjolin et Gerdy (pathologie chirurgicale) ; Piorry et Dumeril (pathologie médicale) , J.-B. Dumas (pharmacie et chimie organique) ; Pelletan (physique médicale) ; Trousseau (thérapeutique et matière médicale) ; Bérard aîné (physiologie). Evidemment il y a dans cette liste des noms passablement oubliés, mais il en reste bon nombre qui brillent toujours d'un certain éclat. Nous allons nous efforcer d'esquisser tout au moins ces silhouettes en nous servant, autant que possible, non seulement des documents historiques et des éloges funèbres, mais surtout des journaux de l'époque qui nous rendront ces figures plus vivantes, car ils n'épargnent pas à ces maîtres d'alors des critiques parfois très vives. Nos lecteurs feront la part des passions et des écoles.

Gendre d'Everat, qui fut jadis l'obstetricien le plus en vogue de Paris, François-Joseph Moreau, né à Auxonne en 1789, a trouvé bon de choisir la même spécialité que son beau-père. Interne des hôpitaux et l'un des plus distingués élèves de l'Ecole pratique, dont nous aurons à dire quelques mots, il est devenu à son tour l'accoucheur à la mode et surtout, ce qui lui a fait grand bien, l'accoucheur consultant de la Maison du Roi et celui de la plus haute société. Cela lui a servi à se faire nommer professeur à une épeque où les belles relations tenaient lieu de concours et cela quelques jours avant la Révolution de 1830 qui mettait fin à ce genre de nominations. Personne, d'ailleurs, ne lui conteste ni la science ni l'expérience.

On sait même que, ce qui est tout à son honneur, il a défendu énergiquement devant la Cour d'Assises, un praticien poursuivi pour « crime obstétrical » et qu'il a fait acquitter à l'unanimité.

M. Moreau, qui est membre de l'Académie de médecine, habite 8 rue d'Alger et donne ses consultations de 10 heures à midi.

M. Breschet, né à Clermont-Ferrand en 1784, est membre de l'Institut depuis 1835, ayant succédé à Dupuytren à l'Académie des Sciences. C'est un gros homme qui approche de la cinquantaine et qui n'a pas, en général, une très bonne presse. Il y a à cela deux raisons. La première est sans doute ce fait que son élection au concours a été l'occasion d'une véritable émeute au quartier latin, émeute qui amena la fermeture de la Faculté pendant deux jours et conduisit nom-

III) L'un de nous dans sa thèse a étudié le **mécanisme des traumatismes** et classés ceux-ci en : atteinte directe de la voie motrice laryngée, traumatisme à distance, traumatisme indirect.

A) *Traumatisme direct* : il est aisé de comprendre qu'une balle, un éclat d'obus peut atteindre directement le spinal interne (admis comme vecteur des fibres récurrentielles) et d'autres nerfs craniens dans la région cervicale haute, sous angulo-maxillaire.

De même une blessure par arme blanche va directement au contact du nerf. Mais si l'atteinte du faisceau du X (section ou plaie) semble évidente, il est surprenant que les gros vaisseaux : carotide primitive et jugulaire interne qui forment avec le X le paquet vasculo-nerveux, n'aient pas été lésés en même temps.

Chez les blessés de deux de nos observations personnelles, le trajet d'un éclat d'obus et d'un coup de couteau ont pu être étudiés et nous avons vu que ce trajet se dirigeait d'arrière en avant et de dehors en dedans. Le nerf se trouvant dans l'angle postérieur formé par les vaisseaux, donc nettement en arrière, tendu d'autre part dans sa gaine, et ne possédant pas l'élasticité des vaisseaux, on peut comprendre comment un trajet oblique d'arrière en avant peut léser le nerf seul et respceter les vaisseaux.

Dans les observations des blessés de guerre de Collet la même trajectoire est souvent retrouvée. Vernet dans sa thèse écrit : « une lésion traumatique n'est possible que par la partie latérale du cou, sous-auriculaire, ou mastoïdienne, immédiatement en arrière de la partie supérieure de la branche montante du maxillaire inférieur. C'est d'arrière en avant et selon une ligne oblique en dedans et en haut entre la branche montante et la mastoïde, par la rainure digastrique, qu'une lame par exemple pourra atteindre à 3 ou 4 centimètres de profondeur les nerfs profonds . »

B) *Paralysie laryngée par traumatisme à distance.*

Il s'agit de paralysie nettement définie due à un traumatisme, contusion ou blessure légère à distance sans atteinte directe du nerf. Dans l'observation de Villaret et Haguenau le traumatisme de la région latéro-laryngée (choc sur le cou au cours d'une chute d'escalier) a provoqué une atteinte des troncs nerveux précise et limitée : hémiparalysie linguale hémiparalysie laryngée du même coté (syndrome de Tapia).

Par contre dans les observations de Rebattu et celles de Blanc rapportées dans la thèse de Laverre le mécanisme de l'atteinte du nerf n'apparaît pas clairement. Dans une observation de Blanc la paralysie de la corde vocale apparue après des contusions au cours d'accident d'auto, regresse complètement au bout de quatre mois et on émet l'hypothèse de compression par un hématome secondairement résorbé.

Mais dans les autres observations, la paralysie est restée définitive et l'idée d'un hématome doit être écartée. On suppose qu'il s'est produit un choc violent des cartilages du larynx contre la paroi vertébrale ; hypothèse émise par Capart dans sa thèse sur les lésions nerveuses du cou au cours des manœuvres de strangulation.

Les cartilages du larynx seraient violemment projettés par le choc de la région antéro-latérale du cou contre le plan résistant de la région prévertébrale au voisinage immédiat du X qui se trouve un instant comprimé, d'où lésion complète ou partielle, transitoire ou définitive des fibres nerveuses. Bien qu'aucune preuve indéniable n'ait été apportée, à l'appui de cette théorie, il nous semble qu'elle mérite d'être conservée comme la plus plausible. Elle paraît convenir aux nombreux cas d'accidents d'auto où aucune plaie cervicale n'a été signalée, et où on peut cependant admettre qu'au cours d'un tel trauma il a pu se produire une contusion cervicale passée inaperçue.

C) *Paralysie laryngée par traumatisme à distance.*

Dans ces cas, la contusion cervicale peut être éliminée, mais par contre il existe la certitude de traction ou suspension par le bras (avec ou sans torsion) ; traction de la tête ou du cou.

Dans les observations de Bouchet, Wustmann, Leroux, la paralysie récurrentielle nette s'est accompagnée des paralysies du membre supérieur plus ou moins accentuées. Ici les hypothèses sont encore plus discutables que dans le chapitre précédent.

La première idée qui se présente à l'esprit est, qu'il s'agit d'une élongation du plexus brachial par suspension : élongation qui déterminerait soit une fragmentation de la myeline suivie de dégénérescence Wallerienne, altération définitive avec paralysie, soit d'un épanchement sanguin siégeant dans le nevrilemne et dissociant ses fibres. Les derniers nerfs craniens et les premières paires cervicales ont pu par extension forcée subir une élongation de leurs racines : il paraît vraisemblable dans le cas de paralysie laryngée, que ce serait le XI (spinal interne) plutôt que le pneumogastrique, qui serait lésé ainsi en même temps que le plexus brachial.

Dans certains cas de Collet, de Blanc, le processus de l'élongation est difficile à soutenir.

---

bre de manifestants devant les tribunaux (1). La seconde raison est qu'on le tient pour un mauvais professeur, endormant son auditoire et un journal nous montre « M. Breschet opérant le vide au milieu de dix auditeurs dont les figures néfastes accusent toute l'affliction qu'il leur fait éprouver (2) ».

A ces aménités, on reconnaît que les rancunes du fameux concours ne sont pas encore apaisées. Pour nous, nous croyons volontiers que les œuvres de M. Breschet ne sont pas dénuées de valeur, puisqu'il est arrivé, grâce à elles, à l'Institut, notamment ses recherches sur l'anatomie du système nerveux, son travail sur l'anatomie microscopique des nerfs, ses conceptions sur l'exhalation pulmonaire, etc. Sachaile, de l'autre côté de la barricade, déclare que Breschet « ne se prévaut de tant de titres que juste ce qu'il faut pour montrer qu'il est parfaitement à la hauteur de la position qu'il s'est acquise ». Il nous est difficile d'arbitrer le différent.

Breschet demeure rue de Seine Saint-Germain, nº 10 (3). Son cours a lieu les mardis, jeudis et vendredis à 10 heures. Il est chirurgien de l'Hôtel-Dieu et en assez mauvais termes avec son collègue au même hôpital et à l'Académie des Sciences, Philibert-Joseph Roux.

M. Cruveilhier (Jean) est un professeur nommé directement par M. de Frayssinous qui l'a appelé de Limoges à Paris, mais on ne lui en tient nulle rigueur et les sarcasmes des plus amers critiques de l'époque lui sont épargnés ; « il regarde, dit l'un d'eux, la faveur dont il vient d'être l'objet bien moins comme une récompense que comme l'obligation d'une immense tâche à accomplir ». Ce n'est pas d'ailleurs sans de longues hésitations qu'il est devenu médecin et par deux fois il a failli entrer dans les ordres. Interne de Dupuytren, il a d'abord été professeur de médecine opératoire à Montpellier, puis est revenu dans son pays natal, Limoges, où il a vu le jour en 1791. D'abord nommé professeur d'anatomie, restaurateur de la Société anatomique, médecin des hôpitaux, il est devenu professeur d'anatomie pathologique en 1836. Il a été le médecin de Talleyrand, d'Alfred de Vigny, de Châteaubriand. Il a individualisé des maladies particulièrement intéressantes comme l'ulcère de l'estomac, le fibrome du sein, la paralysie musculaire progressive, et il a publié une manière de chef-d'œuvre, son *Atlas d'anatomie pathologique*, dont on a pu dire bien longtemps après : « Nul n'est, ne peut être médecin s'il n'est saisi d'admiration devant ce gigantesque ouvrage et s'il n'éprouve, en le feuilletant, le respect réservé aux Bibles

(1) Sur ce concours, v. Maurice Gille (Henri Bouquet). Une émeute à la Faculté de médecine en 1836, *Revue pratique de biologie appliquée*, juillet 1836 ; V. aussi l'*Orfilaïde*, vingt-cinquième satire de la *Némésis médicale*, par Fabre, dit le Phocéen, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux* (1840, avec dessins de Daumier).

(2) *Hygie*, gazette de Santé, 1841, p. 252.

(3) Si le numérotage de maisons n'a pas changé depuis lors, c'est la maison qu'occupe actuellement (1942) le professeur Jean Louis Faure.

Peut-on admettre que le choc de la traction brusque ait déterminé des hémorragies microscopiques, des épanchements sanguins dans la névrilemme, dissociant les fibres nerveuses ?

Peut-on supposer une hématomyélie, centralisation du phénomène précédemment indiqué ? l'hémorragie se fait ici dans le seul canal épendylaire, pouvant fuser à distance et déterminer des lésions dans des territoires différents.

Hémorragies intranévrilemniques ou centrales intra-épendymaires peuvent reconnaître la même origine : élongation de la fibre nerveuse dans le premier cas ; extension exagérée de la moëlle épinière dans le second, permettant la rupture des capillaires ou des vaisseaux parallèles au canal de l'épendymie. L'extension serait réalisée soit par le choc lui-même : coup de poing, de planche heurtant violemment le cou et déterminant une extension brusque du cou ; chute du corps en avant ou en arrière, la tête étant retenue par une portière, une capote d'auto. Ce pourrait être l'extension exagérée de la moëlle cervicale chez une blessée garrottée, traînée par tête sur plusieurs mètres ; ou lorsque le blessé reste accroché par un bras, le corps pendant dans le vide de tout son poids.

Quelle que séduisante que soit cette hypothèse, rien encore n'est venu la confirmer.

Il y a peu de choses à dire du **pronostic** et du **traitement** des paralysies récurrentielles traumatiques.

Toutes les observations publiées relatent une immobilité définitive de la corde vocale, à l'exception d'une observation de Blanc où la restitutio ad integrum fit admettre un hématome comme cause probable de la compression du nerf. En règle toute paralysie traumatique immédiate est définitive.

Quant au traitement, jusqu'ici on doit reconnaître qu'il était totalement absent, puisqu'on n'avait pas l'espoir d'agir sur la cause de la compression du nerf comme dans certaines paralysies médicales. Un récent article de Leriche sur les anastomoses sympathique cervical pneumogastrique nous permet d'espérer qu'à l'avenir une thérapeutique réellement efficace va pouvoir s'instituer pour les paralysies récurrentielles traumatiques.

De cet exposé succint nous ne pouvons guère tirer de conclusions positives si ce n'est que les paralysies récurrentielles traumatiques ne sont pas absolument exceptionnelles en pratique civile, que les agents traumatiques les plus divers : corps étrangers, contusion cervicale, accident d'auto, etc... donnent des types de paralysie les plus variées allant de la paralysie récurrentielle pure aux associations classiques ou inédites. Mais il ne semble exister aucun rapport entre le genre et l'intensité du trauma et le type paralytique qui en résulte. Quant au mécanisme même de l'atteinte du nerf il pose un problème complexe auquel aucune réponse satisfaisante ne peut être apportée actuellement.

Recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement du goitre endémique dans différents départements de France [1]

Par **Maurice FREYSS**

La Prophylaxie

Au cours des différentes conférences internationales du goitre à Berne en 1927 et en 1933, en 1938 à Washington et au cours d'autres assemblées médicales comme celle des Assises de la médecine générale française « Sur le goitre en France » en 1934, il a été reconnu : que le goitre endémique et le crétinisme ont progressivement régressé et disparu dans les régions dans lesquelles les principes de l'hygiène publique ont été le mieux appliqués. La meilleure prophylaxie sera par conséquent : de poursuivre l'assainissement des contrées de France dans lesquelles les thyréopathies et leurs suites sont encore signalées.

Dans les villes, il a été plus facile d'arriver à un résultat satisfaisant ; c'est là aussi que depuis 50 ans l'endémie goitrigène a le plus regressé. Les canalisations des eaux urbaines sont surveillées, les habitations deviennent de plus en plus salubres, les écoliers atteints d'hypertrophies de la thyroïde sont dépistés et soignés à temps avant qu'un goitre définitif ne puisse se développer.

Dans les campagnes, les régions agricoles, les banlieues, la question prophylactique prend un aspect plus compliqué et plus difficile. Selon nos constatations, c'est là qu'une prophylaxie plus stricte et sévère sera nécessaire dans l'avenir, si on veut se débarrasser définitivement des foyers d'endémie thyréogène. Nous reconnaissons toutefois, que beaucoup ont

(1) Voir la première partie de cette étude dans le *Progrès Médical*, 29 novembre 1941.

---

et aux incunables les plus précieux ». M. Cruveilhier demeure 3, rue des Pyramides.

Sur M. Orfila (Mateo, José, Buenaventura) qui est le doyen, il nous est bien difficile de nous faire une opinion. Les uns l'encensent, et les autres le traitent plus que durement. On lui reconnaît le grand mérite d'avoir mis de l'ordre dans la Faculté, d'avoir obtenu des professeurs qu'ils fassent leur cours et des élèves qu'ils les suivent. On vante sa création de l'hôpital des cliniques que les autres critiquent à outrance. Pour ceux-ci c'est un admirable professeur, qui fait amphithéâtre comble, pour les autres un insupportable esprit dominateur comme il s'en est trouvé à toutes les époques de la médecine, depuis Chirac jusqu'à Dupuytren et ils l'appellent le « ministre des Facultés de médecine ». On est d'accord d'ailleurs sur ce point qu'il parle clairement et bien. Quant à son autorité, certes il s'entend à la faire valoir et il a su, chose peu facile, apaiser, mais sans rien concéder à ses adversaires, la grave émeute de 1836.

Par ailleurs, destinée curieuse, car né à Mayorque, élevé tant bien que mal et instruit de même, il failli être d'abord officier de marine, puis chanteur et compositeur de musique, enfin chimiste. Il a passé sa thèse en 1811 (il est né en 1787) après avoir été l'élève de Vauquelin et de Fourcroy, et avoir ouvert des cours libres.

Ce n'est qu'en 1818 qu'il s'est fait naturaliser français et aussitôt il s'est mis sur les rangs pour la chaire vacante de médecine légale, qu'il a obtenue. En 1831 il est devenu doyen.

Il n'a pas pour cela abandonné la musique ; il chante volontiers et avec grand succès. Il a créé une société musicale populaire qu'il dirige de très près avec la collaboration technique de Félicien David. Il a aussi fondé l'Association des médecins de la Seine.

Toxicologue des plus éminents, Orfila a été pris à partie à propos de bien des affaires criminelles et notamment de l'affaire Lafargue. Ses discussions avec Raspail et avec Gerdy sur l'intoxication par l'arsenic sont connues.

Il est médecin consultant du roi, membre de l'Académie de médecine, membre du Conseil de l'Université. M. le Doyen réside, comme il se doit, à la Faculté et donne ses consultations de 10 heures à midi (en été les lundis et jeudis, en hiver les jeudis et dimanches).

Professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Institut, ancien président de l'Académie de médecine, Philibert Joseph Roux est un homme de soixante-deux ans (il est né à Auxerre en 1780), qui a, d'une façon générale, un bon public et une bonne presse, sauf peut-être auprès des anciens élèves de Dupuytren avec lequel il a eu des discussions nombreuses et dont il a été le rival dans maint concours. Il a pour lui d'être l'ancien collaborateur de Bichat, d'avoir inventé la staphylorraphie et fait progresser fortement la chirurgie autoplastique. Il est bon chirurgien, professeur peut-être moins

été atteints par la loi Empereur de 1903 ; que beaucoup de sources et d'eaux goitrigènes ont été remplacées par des eaux potables irréprochables.

Dans les cas où l'eau est puisée d'une nappe d'eau souterraine trop imperficielle et polluée, l'approfondissement des puits devrait être imposé si le raccordement à la canalisation urbaine n'est pas possible.

Dans les régions de montagne le puits ou la fontaine ne devrait jamais être placé au bas de l'immeuble à cause des infiltrations et la possibilité de l'infection des eaux.

L'œuvre prophylactique la plus importante pourra avoir lieu, spécialement à la campagne, par l'école, où les hypertrophies de la glande thyroïde pourront être dépistées dès le début et suivies par le médecin-inspecteur scolaire.

Dans les régions à endémie goitreuse dans lesquelles l'inspection scolaire n'existe pas, un autre médecin devrait être chargé d'examiner les écoliers deux fois par an au point de vue de la thyroïde.

En Suisse, où le goitre endémique a représenté dans certaines contrées un véritable fléau, des résultats extraordinaires ont été atteints par l'emploi de tablettes chocolatées ou de bonbons iodés (iodure de sodium, un centigr.) donnés aux écoliers pour la prophylaxie antigoitreuse. Nous ne voulons citer ici que les résultats les plus caractéristiques à ce point de vue.

Kraft, de Zurich a employé cette méthode chez 9429 enfants et adolescents de 1922 à 1925.

En 1922 : Absence d'hypertrophie thyroïdienne, 13,5 %. Constatation (palpable) d'hypertrophie 51,6 %. Goitre 34,8 %.

En 1925 : Après quatre années de prophylaxie par les tablettes iodées : Absence d'hypertrophie thyroïdienne 85,3 %. Constatation d'hypertrophie (palpable) 14 %. Goitre 0,3 %.

L'inspecteur scolaire Lanemer à Berne a eu les résultats suivants avec les bonbons maltés à l'iodure de sodium :

En 1920, 82 % d'hypertrophie de la glande thyroïde, en 1925 18 % d'hypertrophie et en 1937 cette hypertrophie thyroïdienne est descendue à 15 %.

Dans le canton de Vaud, les résultats du traitement iodé à l'école donnés par Messerli sont tous aussi satisfaisants.

Personnellement, nous nous sommes inspirés de la méthode de Lanemer en employant les bonbons iodés dans le 8e arrondissement de Strasbourg, en région d'endémie goitrigène, pendant une série d'années.

En 1923, le nombre des écoliers plus ou moins goitreux était de 23 %, en 1925, en augmentation jusqu'à 25 %. En 1939 le nombre des écoliers goitreux est descendu par l'emploi des bonbons iodés à 6,9 % (chez les garçons 5,4 %, et chez les filles 8,02 %).

Dans les régions à endémie thyréogène, il peut d'ailleurs s'agir de deux méthodes différentes. De donner à tous les élèves des doses d'iode régulières et très faibles, strictement prophylactiques, ou de donner des doses un peu plus élevées aux écoliers déjà atteints d'hypertrophie thyroïdienne. Nous avons dû nous borner à cette derdière catégorie en ajoutant que nous n'avons jamais observé de troubles provenant de l'iode.

D'autres méthodes prophylactiques ont été employées en Suisse devant agir sur la population entière de certains cantons fortement touchés par l'endémie goitrigène. Il s'agit de l'emploi journalier d'un sel de cuisine appelé sel complet (Vollsalz) auquel cinq milligrammes d'iodure de sodium ou de potassium ont été ajoutés par kilogramme. C'est la méthode préconisée déjà par Prévost et plus tard par Chatin au siècle dernier.

Dans différents cantons de Suisse, comme dans celui d'Appenzell et celui de Vaud, on a enregistré des résultats particulièrement satisfaisants avec cette méthode rendant les goitres congénitaux et les opérations pour cause de goitres volumineux bien plus rares.

En France, une méthode de ce genre n'a jamais été envisagée pour les nombreux départements dans lesquels le goitre est resté à l'état endémique. La crainte de provoquer des états d'hyperthyréodose y est pour beaucoup. L'organisation de la vente du sel iodé donne également des difficultés.

C'est pourquoi nous avons pensé à remplacer le sel iodé artificiellement par le sel complet des marais salants de France qui est un produit naturel. Un examen chimique du sel des marais salants de Sète, a montré qu'il contenait de l'iode en petite quantité. Le danger de provoquer des états d'hyperthyroïdie est pour cela moins grave. D'un autre côté, ce sel des marais salants est riche en chlorure de magnésium et nous avons constaté des diminutions de goitres nodulaires par des sels magnésiens comme on le verra dans la partie du traitement du goitre. Chez une femme de 45 ans, qui se sert du sel des marais salants depuis un an nous avons pu constater la diminution de moitié d'un goitre nodulaire.

Il y a un autre moyen encore d'augmenter la quantité d'iode organique absorbé régulièrement par les aliments ; c'est l'emploi plus régulier de la consommation du poisson de mer. Aux Assises de la médecine générale française en 1934 sur le « goitre en France », les médecins de la région de l'Auvergne ont attribué la régression progressive du goitre

---

heureux, mais les jeunes aiment cet opérateur ingénieux, habile, voire téméraire, que son beau-père Boyer a pendant un certain temps tenu un peu en lisières et que certaines animosités ont tenté d'arrêter dans son ascension, sans y parvenir. Il loge rue des Saints-Pères, 5.

« Les jeunes chirurgiens, dit un auteur contemporain, le font souvent appeler en consultation. Ils trouvent en lui le maître qui éclaire de son immense savoir, le confrère qui connaît les égards que nous nous devons réciproquement, l'honnête homme qui sait accorder les intérêts du malade avec l'honneur de la profession ».

« M. Cloquet, dit Lachaize, est un homme d'esprit qui s'est hâté de travailler pour avoir le temps de jouir ». Autrement dit, depuis qu'il est professeur de clinique chirurgicale, Jules Cloquet ne produit plus rien. La chose est possible, mais cela n'empêche pas cet ami de Velpeau, d'Alexandre Dumas, de Flaubert, d'être un professeur très en vue et aussi un initiateur en beaucoup de choses : le premier il fait interroger les malades par les élèves ; le premier il dessine au tableau noir en parlant ; le premier il tente de procurer l'anesthésie par le moyen de l'hypnose ; et le premier peut-être en France, il s'occupe d'acupuncture !

Et quel bagage il a derrière lui, ne serait-ce que les cinq volumes de son *Anatomie de l'homme* qu'il a illustrée lui-même, étant un artiste consommé qui a été pendant quelque temps modeleur des pièces anatomiques à la Faculté. Il a en outre inventé beaucoup d'appareils très utiles.

Né à Paris en 1790, il est membre de l'Académie depuis 1820, chirurgien consultant du roi et habite 2, rue Grange-Batelière.

Personne ne dit ni n'écrit quoi que ce soit de critique sur M. Velpeau Marie (1). C'est que personne n'ignore non plus quels obstacles a dû franchir, pour arriver à la situation qu'il occupe, ce fils de maréchal-ferrant, né à Brèches (Indre-et-Loire) en 1795 qui, à 15 ans ne savait qu'imparfaitement lire et maintenant, est une des plus belles figures de la chirurgie. C'est que chacun sait que ses places et ses titres ont tous été conquis de haute lutte, dans des concours très corrects. C'est que l'on connaît ses travaux très estimés qui traitent successivement de sujets anatomiques, embryologiques, obstétricaux, chirurgicaux. C'est aussi qu'il est de notoriété publique qu'il est aimable, simple, accessible, courtois et obligeant envers tous ses confrères, même les plus modestes.

(1) Il court seulement sur lui une mauvaise épitaphe « anthume » qui l'accuse d'avarice :

Ci gît un chirurgien fameux
Qui, sans jamais se battre,
Coupa bien des hommes en deux
Et des liards en quatre.

endémique de cette contrée à la pénétration du poisson de mer des côtes françaises dans les vallées et les régions plus ou moins reculées du Puy-de-Dôme, du Cantal, etc. On a relevé à cette séance médicale que Billard, un savant clermontois enseignait : « qu'on voyait de moins en moins les gros goitres de jadis en Auvergne depuis que les campagnards consommaient de la morue et des sardines » et c'est à l'apport suffisant de l'iode marin à l'organisme qu'il attribuait cet avantage.

Nous estimons par conséquent que l'emploi régulier du sel des marais salants et la consommation hebdomadaire du poisson de mer peuvent fournir les quantités d'iode marin qu'il faut pour opérer une action prophylactique dans les régions à endémie goitrigène de France. Vu la carence d'un sel iodé, comme il est employé en Suisse et dans d'autres pays, cela représente la manière la plus naturelle de le remplacer plus ou moins bien. Une organisation bien comprise serait naturellement indiquée pour faciliter la pénétration des produits de la mer dans les régions au milieu desquelles l'endémie goitrigène a persisté jusqu'à nos jours.

Le Traitement

Pour arriver à guérir les goitres endémiques, sans recourir à un traitement opératoire, nous nous sommes inspirés de la théorie de la toxi-infection qui semble aujourd'hui la plus évidente. La première recommandation à donner à un goitreux sera : de ne plus se servir d'une eau potable à son état naturel, quand elle sera suspecte d'être goitrigène. Une ébullition supprimera sûrement les dangers de la toxi-infection intestinale. Cette eau bouillie pourra d'ailleurs être conservée le mieux dans un pot de grès pour l'emploi journalier sans que son goût soit grandement altéré.

Depuis Coindet en 1820, l'iode est regardé comme étant le remède le plus avantageux du goitre endémique, pourtant certains auteurs, comme le professeur Labbé, lui reprochent son insuffisance, surtout quand il s'agit de goitres déjà plus volumineux. Malgré tout, nous avons vu des goitreux, des hommes en majorité, qui étaient parvenus à se débarrasser d'hypertrophies thyroïdiennes parenchymateuses en prenant plusieurs fois par jour 3 à 4 gouttes de teinture d'iode dans du liquide avant le repas. Ce traitement avait été prolongé pendant plusieurs mois avec des interruptions.

D'autres auteurs, comme Folley et Caillars mettent en garde contre l'abus de l'iode et de l'iodure. D'après eux, les troubles du système nerveux sont toujours à craindre. Il est exact qu'il faut se garder de donner des doses trop élevées d'iode comme le dit surtout Sainton en France. Comme nous l'avons, déjà relevé, Rillet a rendu attentif dès le début à ces dangers dans son mémoire sur « l'iodisme constitutionnel ».

Depuis une série d'années, nous avons pu mettre un traitement combiné au point qui évite ces dangers et qui donne de meilleurs résultats que celui qui est employé couramment. Il nous a semblé qu'il ne suffit pas de donner l'iode en doses fractionnées pendant un temps indéterminé, mais qu'il faut tout d'abord soigner et nettoyer le tractus intestinal en combattant une toxi-infection et une stase éventuelle. Certains expérimentateurs, comme Mac Carrison et comme Messerli, ont pu faire diminuer des goitres de consistance molle ou demi-molle par des purgatifs et par la désinfection intestinale continue à l'aide d'antiseptiques.

Chez onze sujets de 19 à 26 ans, des diminutions du tour du cou allant jusqu'à 2 à 4 centimètres ont été observés après 5 à 6 semaines de prise journalière, soit de thymol, de salol ou de benzo-naphtol. Nous avons employé, de préférence l'essence de chenopodium avant le traitement iodé, cette préparation étant en même temps un remède efficace de la verminose. L'emploi de l'essence de chenopodium a été introduit dans la thérapeutique par les Américains et conseillé en France par Riff pour le traitement de la verminose. Nous admettons qu'il faille lui attribuer également des effets de désinfection intestinale.

Il y a dix ans environ que nous avons pu observer un résultat inattendu avec l'emploi combiné de l'huile de chenopodium et de préparation d'iode colloïdal. Il s'agissait d'un adolescent de 16 ans. L. atteint depuis plusieurs années de deux nodules de goitre durs des deux côtés du cou et de la grandeur d'un œuf de poule. Le traitement à l'iode colloïdal seul, n'ayant donné aucun résultat, le jeune homme reçut pendant 4 jours matin et soir 15 gouttes d'huile de chenopodium. Après une purgation, le traitement iodé à raison de 10 gouttes dans du lait et à jeun fut repris. Après 10 jours de ce traitement, nous fûmes surpris de voir faire à cet adolescent : une crise sévère avec tachycardie, tremblements des mains, troubles nerveux généraux, de sorte qu'il dut interrompre ses études. Un examen du cou permit de constater, qu'en l'espace de quelques jours les deux nodules de goitre avaient complètement disparu des deux côtés du cou. Nous avons cru devoir conclure, que l'effet combiné de l'huile de chenopodium et de l'iode colloïdal avait amené la résorption rapide de la glande thyroïde dure et fortement hypertrophiée.

Il restait à interpréter les symptômes d'excitation cardiaque

---

Ce grand chirurgien, qui ne rêvait, au début, que d'être officier de santé, est, depuis 1835, professeur de clinique chirurgicale à la Charité. S'il est exigeant pour ses élèves, il en a le droit, car il l'est pour lui-même et n'a jamais manqué un seul jour d'arriver à la même heure dans son service hospitalier. « Doué d'un coup d'œil sûr, d'une perspicacité peu commune et d'un jugement droit, il diagnostique promptement, opère avec habileté et aucun fait positif n'est venu jusqu'à présent démontrer que la hardiesse qu'on lui a parfois reprochée ait jamais dégénéré en témérité ».

M. Velpeau, chirurgien consultant du roi, membre de l'Académie de médecine, habite rue de Verneuil, 17. Il entrera bientot à l'Institut.

Auguste Bérard, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, est un homme sympathique, mais, semble-t-il, un peu effacé. Il est né à Varrins, près de Saumur, en 1802 et est entré dans le corps professoral à la suite d'un très brillant concours ; on loue son bon ton et ses manières affables. L'Académie l'a élu en 1838 (rue Bergère, 17)

M. Fouquier (Pierre-Eloi) est classé par Comet parmi les professeurs antédiluviens, parce qu'il a soixante-six ans, étant né à Maissemy en 1776 et qu'il siège à l'Académie depuis longtemps, car il y a été élu l'année même où il a été nommé professeur (1820). On l'accuse d'être un homme compassé en raison de son passage à la Charité, où Corvisart a imposé cette attitude à tous ses élèves, et d'avoir donné de grands espoirs d'originalité qu'il n'a pas réalisés. Il est exact et pénétré de la dignité de sa profession. Son cours ne semble pas très fréquenté si l'on en croit *Hygie* qui dit : « L'illustre professeur fait un cours de clinique et n'a jamais cessé d'avoir un auditeur, de sorte qu'il peut dire *mon public*. L'élève chargé de représenter le public est un infortuné jeune homme qui n'a pas d'autres ressources ». D'autre part Fouquier, qui fut déjà médecin consultant de Charles X et qui le resta de Louis-Philippe, est devenu depuis peu premier médecin de celui-ci, place où il a succédé à Marc. On chuchote que la façon parfaite dont il s'acquitta de sa mission à Blaye, où il était chargé de constater la grossesse de la duchesse de Berry, n'est pas étrangère à cette réussite..... Mais on ne nie pas qu'il soit bon médecin et ait suivi les progrès de l'art de guérir. En outre il a fait entrer ou confirmé dans la thérapeutique un certain nombre de médicaments nouveaux, notamment la strychnine et la noix vomique. Enfin c'est un lettré qui a publié une traduction de Celse, en collaboration avec Ratier.

Que reproche-t-on à M. Chomel (Auguste-François) ? D'avoir dédaigné Bichat et Broussais, de n'avoir d'idées que celles qui appartiennent à tout le monde, de « faire dévotement de la médecine avec les gens du monde et doctoralement de la dévotion avec les médecins ». Tout cela n'est pas très sérieux et la vie comme l'œuvre de Chomel protestent contre ces petits dénigrements.

et nerveuse qui ont été observés à ce moment, correspondant à ceux du « Iode-Basedow » des Suisses. Nous admettons que c'est la résorption rapide des matières colloïdes de la glande thyroïde hypertrophiée qui a amené des troubles cardiaques et nerveux dans ce cas particulier. Roch (de Genève) a écrit : « On sait aujourd'hui que les accidents dits d'iodisme ne sont pas des phénomènes dus à une intoxication directe par l'iode lui-même, mais qu'ils résultent d'une intoxication thyroïdienne provenant de la résorption du parenchyme glandulaire. Coindet qui a expérimenté un des premiers l'iode chez les goitreux, a observé les mêmes troubles que ceux observés chez l'adolescent de 16 ans. Il dit : « Que pendant la durée des symptômes de tachycardie et des troubles nerveux, la diminution très rapide ou la disparition plus ou moins complète d'un goitre dur, volumineux et ancien a pu être observé par lui dans cinq ou six cas. Il nous semble par conséquent : qu'il faut avant tout savoir se servir de l'iode et de le doser pour avoir des résultats positifs et pour ne pas avoir des accidents inattendus. D'un autre côté, nous tenons à relever les avantages des préparations d'iode colloïdal. Quant au jeune homme si rapidement débarrassé de son goitre et surveillé dans la suite, il n'a plus eu d'hypertrophie thyroïdienne après coup. Après ce résultat, nous avons continué l'emploi combiné de l'essence de chenopodium et d'iode colloïdal chez une série d'écoliers goitreux atteints en outre de verminose. L'effet a été particulièrement visible chez une jeune fille de 14 ans chez laquelle la présence de vers ascarides en grand nombre avait été constatée. Le goitre parenchymateux déjà bien volumineux a disparu complètement par le même traitement combiné.

Il fut aussi tout indiqué d'expérimenter cette méthode chez les chiens goitreux qui se trouvaient à notre disposition en liberté chez leurs maîtres. Ces chiens ont pris facilement et régulièrement autant l'huile de chenopodium que l'iode colloïdal dans du lait. Toute trace d'un grand goitre disparut en relativement peu de temps chez une chienne de six mois ; nous pûmes la suivre pendant plusieurs années. Non seulement elle resta indemne elle-même d'hypertrophie thyroïdienne, mais également sa progéniture.

Nous tenons d'ajouter ici, que quand il s'agit du ver trichocéphale et non de l'ascaris, nous préférons employer le thymol avec précaution et non l'essence de chenopodium. En 1925, nous avons vu une série de goitres provoqués probablement par ce ver. Nous ne citerons ici que le cas d'une femme de 40 ans atteinte d'un grand goitre parenchymateux à droite du cou et en même temps fortement anémiée. Comme l'examen des selles prouva qu'il s'agissait de trichocéphalose, un traitement combiné de thymol et d'iode consécutif fut employé qui débarrassa cette femme de son goitre en peu de temps et sans récidive.

En considérant les résultats satisfaisants obtenus par le traitement avec l'iode fractionné et spécialement l'iode colloïdal, nous n'avons aucune intention de l'abandonner pour passer à l'emploi de l'arsenic préconisé par Folley. Nous sommes d'ailleurs de l'avis de Hunziker : « que l'iode agit en même temps en procurant la quantité nécessaire pour le fonctionnement normal de la glande thyroïde, c'est-à-dire pour la production de la thyroxine ; mais qu'il agit tout aussi favorablement sur les états toxi-infectieux. Cela n'empêche pas que nous devons désinfecter l'intestin par d'autres moyens et combattre la stase et la verminose avant le traitement iodé.

Il résulte de cette conception du métabolisme de l'iode, qu'il est indispensable qu'il soit absorbé par les voies digestives. Toute application extérieure en frictions sur la région antérieure du cou à l'aide de pommades nous semble inefficace. Personnellement, nous n'en avons jamais constaté de véritables succès. Pourtant ces pommades iodées sont recommandées par les médecins et, dans certains pays, elles sont prônées comme baumes très actifs contre les goitres.

Le séjour à la mer est, par contre, tout particulièrement à recommander aux goitreux. Nous avons vu une jeune fille de 18 ans, atteinte d'un grand goitre parenchymateux et contracté dans une région à goitre endémique d'importance, qui fut complètement débarrassée de son hypertrophie thyroïdienne après un séjour de deux ans à la Ciotat au bord de la Méditerranée. Les goitres des écoliers des bords du Rhin diminuaient également visiblement pendant leur séjour en colonies de vacances près de l'Etablissement thermal de Besançon-la Mouillère dont les eaux sont chlorurées-sodiques et iodo-bromurées. Les mensurations du tour du cou ont nettement prouvé la régression thyroïdienne après la cure des colonies de vacances.

Une observation faite par hasard nous a permis d'ajouter un traitement complémentaire des goitres nodulaires à celui que nous avions l'habitude d'employer précédemment. En soignant une dame âgée de près de 60 ans pour des verrues multiples de la face avec une préparation spécialisée à base de magnésie lourde et légère, nous avons été étonné de voir diminuer peu à peu et disparaître un goitre nodulaire de la grandeur d'une petite mandarine et situé au bas du larynx. Nous avons admis, que cette préparation magnésienne combinée pouvait agir en redressant la production cellulaire de

---

Il est né à Paris en 1798 et a connu, au cours de ses études médicales, tous les succès. Descendant d'une grande lignée de praticiens qui remonte au XVIIe siècle, il la continue brillamment, est médecin de la Charité en 1814, agrégé en 1823, membre de l'Académie en 1926. Enfin, la même année, il succède à Laennec comme professeur nommé (là est peut-être la cause des critiques). Auteur à trente ans d'une *Pathologie générale*, il est l'ennemi de tous les systèmes, qu'il trouve stériles et décevants. Il écrit des choses remarquables sur le rhumatisme articulaire et sur les dyspepsies ; il publie des volumes de cliniques. Il est médecin consultant du roi. Enfin il a des élèves dont les noms comptent ou compteront comme Barth, Empis, Grisolle, les Guéneau de Mussy, Requin, etc. C'est une belle figure. Il habite 3 *bis*, quai Voltaire.

Le grand défaut de M. Jean Bouillaud est la vanité : « Il se fâche et s'emporte à la moindre apparence d'opposition ; l'expression même d'un doute provoque en lui un véritable accès de colère », dit Lachaize, et Comet prétend qu'il s'est comparé, dans sa leçon inaugurale, au soleil, ce qui est un commentaire plus que tendancieux. On lui reproche aussi d'avoir outré les enseignements de Broussais et d'être trop partisan des saignées coup sur coup.

Mais, en balance, de quelles qualités n'est pas doué ce fils de paysan (né à Garat, Charente-Inférieure, en 1796) qui a connu les débuts les plus difficiles et a fini par s'imposer par un travail acharné et des productions remarquables ? Il est d'ailleurs aimé des étudiants qui connaissent la grande valeur de ses travaux sur le rhumatisme articulaire et n'ignorent pas qu'il a le premier parlé des localisations cérébrales. Son *Traité des maladies du cœur* est classique.

Bouillaud est célèbre partout, dit-on, « par son gilet blanc et son toupet napoléonien ». C'est, paraît-il, à l'Académie, le membre qui parle le plus souvent et le plus longtemps, mais il faut reconnaître qu'il parle bien. Il fait partie de cette compagnie depuis 1825 (il avait alors 29 ans). Professeur de clinique depuis 1831, il connaît, en cette qualité, un grand et légitime succès. Son domicile est rue Saint-Dominique-Saint-Germain, n° 26, et il donne ses consultations de 11 heures à 1 heure.

Léon Rostan, qui est né en 1791 à Saint-Maximin (Var) est un homme du monde accompli qui est devenu, après l'internat, inspecteur du service de Santé à la Salpêtrière (où il a été l'interne de Pinel) ; il y a soigné assidûment les soldats atteints de typhus qui entraient en grand nombre. Puis il devint médecin de ce même hôpital, et obtint d'y faire un cours de clinique. En 1819, il a publié un remarquable travail sur le ramollissement cérébral, alors très mal connu, puis un traité élémentaire de diagnostic qui a eu un très grand succès. En 1883, il a été nommé au concours (un concours qui donna lieu à des manifestations passionnées, à des démissions de candidats et où le public siffla, applaudit et donna, disent les journaux de l'époque, « un spectacle déplorable »)

la glande thyroïde devenue anormale, tout spécialement parce qu'il s'agissait d'une forme dure et nodulaire. Depuis, nous faisons suivre le traitement à l'iode par un traitement magnésien d'égale durée de 15 à 20 jours. Les résultats ont été satisfaisants pour les goitres nodulaires surtout, mais quelquefois également pour les goitres parenchymateux avec une diminution du tour du cou jusqu'à 5 centimètres.

Valeur séméiologique de la cholalémie

Par Jean COTTET

Ancien chef de Clinique à la Faculté

Le dosage des sels biliaires du sang n'est pas de pratique courante ; bien que de nombreuses techniques aient été publiées, toutes ont été critiquées, puis abandonnées. C'est pourquoi nous avons proposé, il y a six ans, avec MM. Chabrol et Charonnat, une méthode personnelle : la réaction phosphovanillique (1). Après avoir pratiqué avec cette technique un très grand nombre de dosages de cholalémie, nous pensons que si elle est passible de certaines critiques, elle est cependant suffisamment sensible et suffisamment spécifique pour les besoins de la clinique ; d'ailleurs, les auteurs qui ont utilisé notre réaction l'ont approuvée après en avoir fait une sérieuse étude analytique (2).

***

Disons d'emblée que dans le sérum sanguin des sujets normaux on ne décèle pas, par la réaction phosphovanillique, de sels biliaires. La sensibilité de notre réaction étant de 0 gr. 001 par litre de sérum, s'il y a des sels biliaires dans le sérum à l'état physiologique, leur concentration est inférieure à ce taux.

***

Nous attribuons à l'étude de la cholalémie un intérêt tout particulier en hépatologie ; estimant, avec la plupart des auteurs, que le foie est le seul organe qui règle le métabolisme des sels biliaires (formation et élimination), nous pensons que les glycotaurocholates n'augmentent dans le sang que lorsque survient un trouble hépatique ou cholédocien. Il n'en est pas de même pour la bilirubine dont l'origine en partie extra-hépatique est bien connue aujourd'hui. Parmi les centaines de dosages que nous avons pratiqués, nous n'avons observé d'augmentation des sels biliaires dans le sang que chez des malades évidemment hépatiques ou présentant biologiquement d'autres anomalies nous permettant d'avancer que leur fonctionnement hépatique n'est pas normal. Ce dosage autorise donc, lorsqu'il y a hypercholalémie, à penser, sinon à affirmer, que le foie ou les voies biliaires sont en cause. Mais la réciproque n'est pas vraie. En effet, ainsi que nous l'envisagerons plus loin, il peut exister des lésions graves de la glande hépatique sans hypercholalémie.

De l'ensemble de ces données, on peut prévoir que le dosage des sels biliaires du sang sera pratiqué, soit pour déceler l'insuffisance hépatique chez des malades anictériques, soit pour préciser la nature de telle ou telle affection hépatique ou pour en suivre l'évolution.

***

En pratique, le problème se pose dans deux cas bien différents : ou bien il y a ictère (en employant ce mot dans son sens clinique), ou bien il n'y a pas d'ictère.

1° *La cholalémie sans ictère.*

Les malades de ce groupe peuvent être rangés en trois grandes catégories : les petits hépatiques, les lithiasiques et les cirrhotiques (3).

a) Les petits hépatiques.

Chez de nombreux malades étiquetés : « insuffisants hépatiques » parce qu'ils se plaignent de l'un ou de plusieurs des symptômes suivants : migraine, urticaire, prurit, somnolence post-prandiale, troubles intestinaux, ou parce qu'ils ont le teint subictérique, ou parce que l'examen révèle un gros foie parfois sensible, on trouve avec une grande fréquence une augmentation de la bilirubinémie oscillant entre 0 gr. 025 et 0 gr. 050 %°, par la méthode de MM. Chabrol, Charonnat et A. Busson. Lorsque le tableau clinique n'est pas aussi complet, lorsque surtout manque l'hépatomégalie, lorsque le malade n'accuse que des symptômes fonctionnels banaux, trouver une bilirubinémie trop élevée est certes important, mais la bilirubine n'ayant pas, répétons-le, une origine exclusivement hépatique, le résultat de ce dosage ne me permet pas d'affirmer que le foie est en cause ; l'ictère hémolytique en est une preuve parmi d'autres. Aussi est-il capital de trouver, en plus de l'hyperbilirubinémie, une cholalémie anormale ; si chez de tels malades, on note des taux oscillant, par exemple, entre

---

professeur de clinique médicale. En cette qualité, il a d'abord professé à l'hôpital des Cliniques, puis sa chaire a été transférée à l'Hôtel-Dieu.

Rostan est volontiers un combatif qui assène de rudes coups aux idées de Broussais, lesquelles sont en baisse un peu partout, et qui se réclame d'une école nouvelle, l'organicisme (le mot est de lui) qui n'admet pas de maladie sans lésions d'un organe. Il parle et écrit élégamment, a beaucoup de succès, se montre excellent clinicien et enseigneur de premier rang. Il est aussi très aimé.

M. Nicolas-Philibert Adelon présente cette particularité que, « né physiologiste comme d'autres naissent rebouteurs » et ayant exclusivement publié des œuvres de physiologie, il est professeur de médecine légale ! Il est né à Dijon en 1782 et cela lui vaut de figurer parmi ceux que des journalistes irrévérencieux appellent les professeurs « antédiluviens ». Elève de Chaussier, il a été un moment grand partisan de Gall et de son système. Membre de l'Académie depuis 1826 (il l'a présidée en 1831), il s'en fait, a-t-on dit, l'avocat général en ce sens qu'il s'en prend à tous ceux qui s'écartent de la forme. Mais il s'en prend aussi aux charlatans avec sa « voix criarde et son éloquence de procureur ».

M. Adelon est président des jurys médicaux des départements. Il habite rue du Four-Saint-Germain, 47 et reçoit de 10 heures à midi.

Marjolin (Jean-Nicolas) est un homme heureux à qui tout réussit. Ce franc-Comtois, né en 1780, a eu des débuts très difficiles, mais, après avoir été élève de Lallement, il est devenu un familier de Dupuytren, il a ouvert rue des Rats (rue de l'Hôtel Colbert) un amphithéâtre particulier d'anatomie où les élèves sont venus nombreux et peu à peu sa fortune s'est édifiée. Chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, il ne porte pas ombrage à Dupuytren. Il passe ensuite à Beaujon et est enfin nommé professeur de pathologie chirurgicale.

Lachaise prétend que plus Marjolin se met en évidence comme chirurgien, plus sa réputation s'accroît comme médecin. Ses consultations, données de 10 heures à 2 heures dans son appartement de la rue Neuve d'Antin, n° 19, sont extrêmement fréquentées, à tel point qu'il gagne, dit le même auteur, 80 à 100.000 francs par an, ce qui représente une belle somme pour l'époque. Il lui manque, at-on dit, la nécessité de travailler, sans quoi il serait probablement devenu un homme supérieur... Un autre journaliste le traite de « professeur antédiluvien » et ajoute : « Il est né professeur, il a une voix de professeur, une figure de professeur. Il ne peut vivre que dans une chaire ; sorti de là il mourra de nostalgie ». Il est chirurgien, mais il ne fait pas de chirurgie, il en parle et voilà tout. Ce sont là de petites rosseries qui nous permettent seulement de juger que le succès ne plaît pas à tout le monde et qui n'empêchent pas Marjolin d'être un excellent homme.

M. Pierre Nicolas Gerdy, qui demeure 3, rue Jacob, est un

0 gr. 015 et 0 gr. 050 ‰ ou plus, on est en droit d'affirmer qu'il y a un trouble soit dans le fonctionnement du foie, soit dans la perméabilité des voies biliaires.

La cholalémie et la bilirubinémie n'évoluent pas toujours proportionnellement : chez la plupart des malades non ictériques, la bilirubinémie est en moyenne deux fois plus élevée que la cholalémie, 0 gr. 060, par exemple, de bilirubine pour 0 gr. 030 de cholalate de soude ; parfois l'une égale l'autre ; plus rarement la rétention saline est plus élevée que la rétention pigmentaire.

Lorsque des sujets, présentant ces cholalémies anormalement élevées, sont soumis à un régime alimentaire, à une thérapeutique cholérétique, le déhydrocholate de soude, on peut suivre dans leur sang pardes examens successifs la diminution des principes biliaires, témoins de l'amélioration.

Peut-on dire qu'un malade est plus gravement atteint parce que sa cholalémie est plus élevée que celle d'un autre ? Nous ne le pensons nullement. Si nous croyons que le fait de trouver des sels biliaires dans le sang d'un sujet est un signe *précieux* permettant de penser que la glande hépatique ou les voies biliaires ont leur part dans l'origine des troubles qu'il accuse, le taux même n'a pas de valeur au point de vue du degré de l'atteinte fonctionnelle de la glande.

Nous avons vu des cirrhotiques graves chez lesquels la réaction phosphovanillique était, comme chez le sujet normal négative et, ainsi que nous le dirons quelques lignes plus loin, les cholalémies des cirrhoses sont du même ordre que celles des petits insuffisants hépatiques.

Seule la répétition des dosages dont les résultats sont rapprochés de l'évolution clinique, permet chez un malade donné une orientation pronostique ;

b) Les lithiasiques.

S'il est fréquent, chez les sujets porteurs d'une cholécystite banale ou lithiasique ou porteurs d'un calcul du cholédoque *sans ictère* de déceler une hyperbilirubinémie, de même il est fréquent de constater une élévation anormale des sels biliaires allant de quelques milligrammes à 20 ou 40 milligr. ‰. Cette cholalémie est-elle le signe d'une perturbation du parenchyme hépatique ou le signe d'un drainage insuffisant du canal hépato-cholédoque ? Le dosage sanguin des principes biliaires ne permet pas de répondre ;

c) Les cirrhotiques.

Parmi les cirrhotiques cliniquement anictériques, le dosage de la cholalémie donne des chiffres évoluant, comme dans les deux groupes précédents, entre quelques milligrammes et 0,050 ‰ ; nul besoin chez eux d'une telle réaction pour affirmer un diagnostic évident, aussi, dans ces cas, l'étude de la cholalémie a plus un intérêt doctrinal que pratique. D'autre part, on peut voir, dans des cirrhoses de Laënnec, des cholalémies plus basses que dans des cirrhoses hypertrophiques banales et inversement. Aussi le résultat d'un seul dosage n'a-t-il de valeur que s'il est positif. Une cholalémie négative ne peut pas faire éliminer la possibilité d'une perturbation hépatique de même qu'un chiffre donné, isolé, ne permet aucune conclusion pronostique.

Si le résultat d'un seul dosage ne permet aucune déduction d'ordre pronostic, il n'en est pas de même d'une série de dosages pratiqués de semaine en semaine, par exemple. Mais ces faits sont d'interprétation délicate. Une disparition progressive des sels biliaires peut être en rapport avec une amélioration de l'état hépatique parce que la fonction de *formation* et d'*élimination* des sels biliaires est redevenue normale. Mais une disparition progressive des sels biliaires peut aussi être en rapport avec une aggravation de l'état hépatique : la fonction d'élimination n'est pas améliorée ; il n'y a plus rétention parce que la fonction de genèse est complètement défaillante et que les sels biliaires ont disparu de l'organisme. Une augmentation, enfin, peut être en rapport, soit avec une amélioration, soit avec une aggravation de l'état général. Aussi ces chiffres, répétons-le, n'ont de valeur que rapprochés du complexe clinique.

2° *La cholalémie avec ictère.*

Au cours de la plupart des ictères, la cholalémie est élevée cependant, il en est un certain nombre qui échappe à cette règle : c'est dire que la recherche des sels biliaires du sang prend pour le médecin une valeur indéniable dans le diagnostic des jaunisses (4).

Les ictères par obstruction cholédocienne, quelles que soient leurs causes, représentent la forme la plus simple des ictères par rétention. Lorsqu'il y a obstruction cholédocienne absolue, cancéreuse par exemple, l'ictère est intense et l'hyperbilirubinémie très élevée ; c'est dans ces cas que l'on trouve les concentrations les plus fortes allant jusqu'à 1 gr. 50, 2 gr. ‰ et même plus ; c'est dans ces cas également que sont observés les taux les plus hauts de sels biliaires : 0 gr. 100 et 0 gr. 150 ‰ même. Si l'on suit régulièrement dans le sang l'évolution comparative du pigment et du sel biliaire, quatre remarques peuvent être faites : *l'augmentation du pigment et du sel biliaire est limitée* : *2 grammes environ pour le premier,* 0 *gr.* 150 *pour le second* ; *la cholémie saline atteint plus précocement son point maximum que la cholalémie pigmentaire* ; *toutes deux se stabilisent à un plateau pendant des semaines* ; *si aucune intervention*

---

homme de grand mérite, ne serait-ce que pour avoir supporté vaillamment quatre ans de lutte contre la misère, vivant plusieurs mois de pain et d'eau, et pour avoir triomphé contre vents et marées du favoritisme dressé sur sa route. Il a été agrégé en 1823 et dix ans après il était professeur de pathologie chirurgicale, après avoir failli abandonner toute ambition de ce genre devant l'injustice de certaines préférences. C'est un admirable orateur qui a, disent quelques-uns, le tort d'être un sceptique en toutes choses et même de « ne croire à la maladie que si la mort s'ensuit ». Par contre il est peu apprécié comme praticien de la chirurgie. Ses écrits sur l'influence de la pesanteur dans la circulation, son essai sur les phénomènes de la vie, ses beaux travaux sur l'anatomie artistique et sur l'anatomie des régions lui ont valu une renommée avantageuse, à tel point que le choix que l'on fit d'un autre comme professeur à l'École des Beaux-Arts faillit soulever une véritable émeute.

M. Gerdy est à l'Académie, dont il fait partie depuis cinq ans, un discuteur éminent qui ne craint pas de s'en prendre à Orfila lui-même et lui a même fait toucher les épaules.

M. Piorry (Pierre-Adolphe), né vers 1790 à Poitiers, demeure rue Neuve des Mathurins, 1. Il s'est promis de devenir professeur à la Faculté de Paris, et il l'est depuis deux ans seulement, après des échecs nombreux dans une extraordinaire série de concours. C'est un original, imbu de sa valeur, et qui a énormément publié. Il a surtout sinon inventé, du moins généralisé la percussion et c'est un de ses titres principaux à la survivance de sa mémoire, quoiqu'il ait exagéré les services qu'elle peut rendre à la médecine. On lui reproche surtout d'être un grand fabricant de néologismes que lui seul comprend. Il n'est généralement pas populaire dans les milieux médicaux, mais il l'est dans d'autres, ayant soigné avec un grand dévouement les blessés de 1830 et étant titulaire de la médaille de juillet.

Paul Dubois est le fils d'Antoine, l'accoucheur de Marie-Louise. Il est né à Paris en 1795, a été élu à l'Académie de médecine en 1832. Il est chirurgien professeur à la Maternité. Il habite rue Monsieur le Prince, 12.

On estime qu'il fait un enseignement très attrayant, qu'il est simple et aimable et que l'un de ses mérites est de considérer l'accouchement, d'une façon générale, comme un acte physiologique qui n'a pas souvent besoin du secours de l'art, mais seulement d'une surveillance attentive. Aussi a-t-il un nombreux auditoire, composé non seulement d'étudiants, mais aussi de praticiens. Il professe aussi à l'hôpital des Cliniques.

On est généralement d'accord pour estimer que M. Hippolyte Royer-Collard n'eût pas obtenu la situation qu'il occupe s'il n'était le fils de l'ancien professeur de médecine légale, le neveu de l'homme politique célèbre et aussi le cousin de M. Andral. On lui reconnaît toutefois de grandes qua-

ne vient libérer le cholédoque, la bilirubinémie se maintient jusqu'à la mort à un taux très élevé ; par contre, il n'est pas rare de constater lorsque la cachexie apparaît au bout de plusieurs semaines d'évolution, une baisse progressive de la cholalémie : cet affaissement semble en rapport avec l'altération de l'état général, l'altération de la glande hépatique, le régime carencé que suivent de tels malades.

C'est ainsi qu'au bout de sept à huit semaines, alors que la bilirubinémie se maintient aux alentours de 1 gr. 50, la cholalémie s'affaisse de 0 gr. 120 ‰, par exemple, à 0 gr. 070 ‰ et même moins.

Les ictères dus au calcul du cholédoque s'accompagnent également d'une rétention proportionnelle de ces deux principes biliaires : 0 gr. 800 à 1 gramme, en moyenne de bilirubine pour 0 gr. 80 à 0 gr. 100 de sels de l'acide cholalique. La cholalémie est généralement moins élevée dans ce type de jaunisse que dans le cancer du pancréas ou des voies biliaires, l'obstruction cholédocienne n'étant jamais absolue. Des chiffres analogues sont notés dans les ictères par cholédocite.

Les ictères catarrhaux ne nous offrent pas les mêmes schémas : pendant les premiers jours de leur évolution, la bilirubinémie s'élève à des chiffres moins élevés que dans les obstructions absolues, mais cependant voisins : 0 gr. 80 et 1 gr. ‰. La cholalémie s'élève, en général à 0 gr. 080 ou 0 gr. 100, donc à des chiffres un peu inférieurs à ceux de l'ictère cancéreux C'est au cours de leur évolution que les ictères catarrhaux marquent des différences nettes avec l'ictère par obstruction parfois, alors que les signes cliniques et biologiques annoncent la guérison, bilirubine et sels biliaires redescendent progressivement aux chiffres normaux ; d'autres fois, et cela particulièrement dans les ictères prolongés, il y a un abaissement précoce de la cholalémie ; alors que le malade reste très jaune, que les selles ne retrouvent pas leur coloration normale, que la bilirubinémie se stabilise aux alentours de 1 gramme ‰, la cholalémie s'abaisse de 0 gr. 100 à 0 gr. 050 et 0 gr. 030 ‰. Cette dissociation pigmento-cholalique précoce est pour nous un bon signe d'ictère par hépatite. Lorsque l'état général est stationnaire et *a fortiori* lorsque des signes cliniques de guérison commencent à apparaître, une telle dissociation doit être interprétée comme un signe de bon pronostic.

Au cours des ictères aggravés, on note fréquemment une disparition précoce des sels biliaires du sérum, contrastant avec une jaunisse intense : cette dissociation pigmento-cholalique n'est pas en rapport avec une perméabilité normale du foie vis-à-vis des sels biliaires, mais avec le fait que cet organe a perdu la possibilité d'engendrer ces derniers. Aussi, n'est-ce pas sur le seul vu d'une dissociation pigmento-cholalique que l'on pourra parler de guérison. Cette modification biologique doit être interprétée après avoir été rapprochée de l'évolution clinique de la maladie. Au cours des ictères graves d'emblée, dès le début de la maladie, on constate dans le sérum sanguin une absence de sels biliaires malgré une jaunisse très marquée.

Au cours des ictères infectieux, la dissociation pigmento-cholalique est précoce et *fréquente*. Il n'est pas rare de noter une bilirubinémie à 1 gramme ‰ et plus, contrastant avec une cholalémie à 0 gr. 040 et moins, bien souvent. Dans de nombreux cas, on peut penser, pour expliquer une telle dissociation, que l'ictère pigmentaire a, en totalité ou en partie, une origine extra-hépatique : il doit en être ainsi dans certains ictères streptococciques, dans les ictères dus au perfringens et, peut-être aussi, dans certains cas de spirochétose ictéro-hémorragique.

Nous n'insisterons pas ici sur la cholalémie des ictères cirrhotiques. L'intérêt de ces cas est surtout d'ordre pathogénique. Certains ictères survenant chez les cirrhotiques se comportent, au point de vue de la rétention pigmento-cholalique, comme des ictères catarrhaux banaux. Nous pensons que c'est là un signe heureux en faveur d'une évolution favorable. Par contre, les ictères venant mettre un terme à la cirrhose présentent, dans la règle, comme l'ictère grave, une faible cholalémie malgré une rétention élevée de bilirubine. C'est ainsi que chez de tels ictériques, il est observé une cholalémie nulle ou s'élevant à quelques milligrammes par litre de sérum, (20 ou 40), contrastant avec une jaunisse très nette donnant des bilirubinémies de 4 à 500 milligrammes et même plus. Notons enfin que certains ictères chroniques de cirrhoses peuvent évoluer pendant des mois et des mois sans que l'élévation de la cholalémie soit observée, malgré une jaunisse intense.

En conclusion, le dosage des sels biliaires du sérum a un intérêt tout particulier pour éclairer un diagnostic d'ictère prolongé (ictère par hépatite ou par obstruction cholédocienne), pour suivre l'évolution grave ou bénigne d'une jaunisse et, surtout, pour dépister les petites insuffisances hépatiques ; c'est, dans ces trois ordres de fait que l'évaluation de la cholalémie, rapprochée de la bilirubinémie et de la cholestérolémie (5) nous paraît trouver son plus grand intérêt.

L'interprétation de la cholalémie reste assez délicate parce qu'elle reflète une fonction complexe du foie : la fonction cholalique ; en effet, pour cette substance, le foie est en même temps organe de formation et organe d'élimination.

---

lités, dont il a donné la preuve d'abord pendant ses études classiques, puis à l'Ecole même où il a remporté tous les succès. Né à Paris en 1803, il est devenu médecin du roi Charles X étant très jeune encore. Elève de Dupuytren, il a connu toutes les faveurs de son maître. Puis il est devenu pendant quelque temps chef de division au ministère de l'Instruction publique. Revenu à la médecine, il a concouru avec succès pour l'agrégation. Enfin il a obtenu une chaire à la Faculté et, tout d'abord peu aimé des étudiants, il leur est ensuite devenu sympathique.

Voici le revers de la médaille. Ce « fashionable à gants jaunes » est, dit *Hygie*, déplacé à l'Ecole, au milieu des hommes graves qui enseignent les mystères de l'art de guérir. « Il fréquente par trop le café Anglais et les coulisses des théâtres ; il a un goût exagéré pour la bonne chère et ne s'occupe dans son cours que du choix des aliments, de l'usage des boissons, de ce qui a trait, en un mot, au plaisir des sens ». C'est d'ailleurs le seul chapitre de l'hygiène dans lequel il soit compétent.

Entre les deux opinions, choisissez.

M. Achille Richard, qui est membre de l'Institut, est le fils de L. C. M. Richard, qui fut aussi professeur de botanique à la Faculté. Il est « né entre un pied de rhubarbe et une touffe de laurier-cerise », étant le descendant du jardinier-pépiniériste qui créa le jardin de Trianon. C'est un professeur modèle, qui fait son cours régulièrement et avec facilité. On sent, paraît-il, qu'il « parlerait aussi bien d'anatomie, d'histoire ancienne, d'algèbre ou de géographie » (Lachaize). Ses publications ne sont que des exposés sommaires, sans vues originales. Il a été nommé professeur à la suite d'un concours où tous ses concurrents possibles se sont retirés devant lui, mais on ne donne pas la clef de cette énigme. On ne fait que la supposer. M. Richard habite rue d'Enfer, 46.

Aucune note discordante dans les journaux du temps en ce qui concerne M. Philippe-Frédéric Blandin. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il est parvenu au professorat d'une façon régulière par une suite de concours difficiles où il s'est imposé. Il n'y a d'ailleurs qu'un an qu'il a revêtu la robe rouge. Il est membre de l'Académie de médecine et chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Sa thèse sur l'autoplastie et son traité d'anatomie topographique ont eu un grand succès. Sa science et son urbanité lui ont valu d'être un des opérateurs les plus courus de Paris ; il reçoit cette nombreuse clientèle en son domicile, rue Royale Saint-Honoré. Il est né à Aubigny (Cher) en 1798.

Gabriel Andral n'est non plus l'objet d'aucune critique malveillante. A peine rappelle-t-on qu'il a été élu professeur sans concours, comme bien d'autres et cela à 21 ans ! Il est également le gendre de Royer-Collard, mais l'on n'insiste pas. Aussi bien Andral apparaît-il comme un esprit juste et un beau caractère. Eclectique comme doctrine, il s'en prend par-

BIBLIOGRAPHIE

(1) La recherche des sels biliaires sans le sérum sanguin par la réaction phosphovanillique. Et. CHABROL, R. CHARONNAT et Jean COTTET. C. R. et Mém. Soc. biol., CXV-835-1934.

Une nouvelle technique de dosage des sels biliaires dans le sang. Jean COTTET Th. Paris 1935.

(2) Le contrôle chimique et clinique de la réaction phosphovanillique pour le dosage des sels biliaires du sang. Mario COPPO et Luigi MARFORI. *Rassegna du Fisiopalologica el terapeulica*, Anno IX, n° 6, Guigno 1937-XV.

(3) Recherches des sels biliaires dans le sérum des cirrhotiques. Et. CHABROL et Jean COTTET. *Bull. el Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1935, p. 595.

Les cholamies sans ictère. Et. CHABOL, A. BUSSON, Jean COTTET et A. MATHIVAT. *Bull. médical*, 1938, p. 222.

(4) Le dosage des sels biliaires du sang des ictériques. Et. CHABROL R. CHARONNAT et Jean COTTET. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 29 mars 1935.

Quelques éléments de diagnostic différentiel entre les ictères par obstruction cholédocienne et les ictères par hépatites. M. BRULÉ et Jean COTTET. *Presse médicale*, n° 88, 2 novembre 1935.

Etude clinique et pathogénique des ictères dissociés. M. BRULÉ et Jean COTTET. *Presse médicale*, nos 92-93, 12 et 16 décembre 1939.

La fonction biliaire chez les ictériques. MATHIVAT. Thèse Paris 1939.

(5) Les enseignements comparatifs du cholestérol et des sels biliaires. Et. CHABROL, *Presse médicale*, n° 90, 10 novembre 1937.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La dyspepsie flatulente et les carminatifs

Par le Professeur **Maurice LOEPER**

La dyspepsie flatulente est la dyspepsie du gonflement (de *flatus*, souffle). Elle est très fréquente.

Elle s'observe surtout chez ceux qui mangent trop ou mastiquent mal. Elle est due à l'accumulation des gaz dans l'estomac et aussi dans l'intestin. Le foie y joue son rôle car il se prête souvent mal à la résorption des gaz abdominaux.

Cliniquement elle se traduit par une gêne précoce après les repas, qui est rarement une forte douleur et qui est soulagée parfois par des éructations répétées ou même en salve. Elle peut disparaître après une demi-heure ou persister pendant toute la digestion. Elle peut reprendre ou s'accentuer à la fin de la digestion parce qu'elle devient alors colique après avoir été gastrique.

La palpation et la percussion révèlent successivement le gonflement de l'estomac et du côlon. L'espace de Traube est anormalement sonore.

La flatulence se complique de réactions à distance qui témoignent du refoulement des organes et des réactions réflexes qui l'accompagnent : gêne rétrosternale, dyspnée, douleur lombaire, cæcale ou colique, crises pseudo-angorales, surtout signalées dans les pneumatoses de l'angle colique gauche.

C'est un véritable conflit gazeux : gastro-colique, sous-hépatique ou pré-rénal et le diagnostic avec les affections du foie, du rein, lithiase ou autre, est souvent difficile, comme Einhorn et moi-même l'ont indiqué.

Le tubage gastrique révèle parfois une faible acidité mais qui n'est pas constante. La pneumogastrie et la pneumocolie pouvant accompagner même l'hyperchlorhydrie.

L'examen cytologique du liquide recueilli montre parfois de nombreuses cellules pavimenteuses desquamées de l'œsophage et amenées par la salive.

La radiographie confirme les données cliniques et dessine une volumineuse poche à air, puis des pneumatoses, plus ou moins localisées, du côlon et surtout des angles.

* * *

Le traitement SYMPTOMATIQUE consiste dans l'administration d'**évacuants gastriques** : les compresses très chaudes, l'absorption d'une boisson brûlante, l'eau de mélisse, importée, dit-on, du Liban et chère à la princesse Palatine, et qui contient mélisse, muscade et coriandre ; l'élixir de Garus qui est vieux lui aussi de plusieurs siècles, enfin quelques gouttes de trinitrine, de benzoate de benzyle et surtout de liqueur ammoniacale anisée à la dose de X à XV gouttes dans un peu d'eau.

Le traitement ÉTIOLOGIQUE est plus compliqué. Il consiste d'abord en une longue mastication et la réduction des farineux surtout des légumineuses ; ensuite l'administration de médicaments **accélérateurs** de la digestion gastrique, excitants ou apaisants, comme la canelle, le safran, la girofle, désignés sous le nom de *condiments* ; les *amers*, comme la gentiane, la quassia, la rhubarbe, toutes substances qui excitent la sécrétion et la musculature ; l'usage même de pepsine et d'acide chlorhydrique chez les hypochlorhydriques, de bicarbonate de soude et d'alcalins chez les hyperpeptiques. Ensuite des médicaments **évacuateurs** des gaz. Ici se placent les *carminatifs* ainsi désignés parce qu'ils nettoient (carminare, nettoyer) l'estomac, peut-être parce qu'ils le font chanter (carmen, chant) : l'anis vert, la menthe, la badiane, l'angélique, le fénouil, le cumin, qui, à la dose de XX gouttes de teinture, agissent sur la motilité, la sensibilité, la circulation de l'estomac et ne produisent, à ces doses, malgré leur richesse en essences voisines de l'anéthol, guère d'intoxication. La réputation de ces médicaments n'est pas surfaite.

D'autres médicaments agissent sur la **fixation des gaz**. C'est au premier rang le charbon végétal, charbon de peuplier, qui absorbe cent fois son volume de gaz et fixe aussi alcaloïdes, aldéhydes et bases aminées.

---

fois (mais avec quelle courtoisie !) à Broussais comme à Laënnec Il n'en est pas moins un anatomopathologiste de valeur, mais qui comprend que sa science favorite ne peut être la base unique et immuable de la médecine. Il est en quelque sorte un précurseur sur beaucoup de points, ne serait-ce qu'en hématologie. C'est également un clinicien de haut rang qui conseille très justement de ne pas confondre la pathologie et la clinique et d'individualiser sans cesse.

Après avoir été professeur d'hygiène, puis de pathologie interne, il professe avec grand succès la pathologie générale.

Né à Paris en 1797, il est membre de l'Académie de médecine et l'on peut prévoir que sa place est marquée à l'Institut. Il reçoit 5, rue des Petits-Augustins, de 11 heures du matin à 1 heure. Il est médecin consultant du roi, et c'est à la Charité qu'il donne ses leçons cliniques.

Comme M. DUMÉRIL (André-Marie-Constant) est professeur à la fois au Muséum et à la Faculté, comme il est né en 1774 (à Amiens), la verve des chroniqueurs s'exerce sur cet « antédiluvien ». L'un prétend qu'il fait toujours le même cours depuis dix ans sur les serpents et l'autre lui fait le même reproche en ce qui regarde la pathologie interne. Le second va un peu loin dans son appréciation du professeur de la Faculté en disant que c'est « un débris que le temps a oublié d'effacer de la liste des professeurs enseignants ». L'autre exagère sans doute en prétendant que la mimique de M. Duméril le fait sautiller comme une grenouille, imiter le mouvement rapide de la vipère, se rouler sur lui-même comme le boa (de Gosse). Il ajoute qu'à la Faculté, c'est la même chose et qu'il fait mille contorsions, tire la langue, pousse des cris quand il parle d'un malade qui a la colique.

M. Duméril est un grand vieillard affable, un peu entêté, instruit, et qui passe, disent les méchantes langues, pour un naturaliste parmi les médecins et pour un médecin parmi les naturalistes.

Terminons par cette simple phase de Lachaize : « Il a soutenu, au début de leur carrière, plusieurs médecins qui sont aujourd'hui très convenablement placés et qui ne se sont pas assurément montrés très prodigues de reconnaissance envers lui. « M. Duméril est membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

(*A suivre*). Henri BOUQUET.

Charbon végétal	15 grammes
Carbonate de Mg	ââ 10 grammes
Carbonate de Bi	
Julep	200 grammes par cuiller à soupe

Comme l'accumulation des gaz est souvent la conséquence de l'**insuffisance circulatoire du foie** qui est le véritable aspirateur des gaz digestifs, ainsi que je l'ai montré, il faut aussi utiliser des médicaments excitants de la circulation hépatique : les petits purgatifs et l'urotropine. C'est le cas des ptoses du foie ou des congestions de l'organe.

Tel est le traitement étiologique des gaz gastriques et abdominaux. Il faut voir maintenant le traitement pathogénique

***

Traitement pathogénique.

Les gaz gastriques n'ont pas toujours une même origine. Jadis on incriminait les fermentations et on avait raison. Aujourd'hui on ne pense qu'à l'aérophagie et on a tort. Il faut dire pneumogastrie, pneumocolie et non aérocolie, car le gaz n'est pas toujours de l'air aspiré ou dégluti.

Les analyses de gaz de l'estomac donnent :

Az	41
O	6 à 10
CO^2	20
H	20
CH^4	10

Celles de l'intestin :

CO^2	28 à 40
H^2	13 à 30
H S	0 à 3
Az	8 à 45
O	0,5 seulement.

Elles montrent l'importance de la fermentation dans leur processus.

Les gaz viennent donc d'abord de l'alimentation, des résidus alimentaires de l'estomac, de l'intestin, de leur fermentation sous l'action de microbes sur ces résidus.

Pour **prévenir la formation** des gaz, j'ai déjà dit qu'il fallait une alimentation peu farineuse. Il faut aussi donner les *extraits pancreatiques* qu'on ne donne pas assez, et l'amylodiastase.

Comme les microbes digestifs sont abondants et nocifs, amylobacter, mesentericus, lacticus, coli, sarcines, levures, il faut donner des *antiseptiques*.

Le naphtol fut jadis beaucoup utilisé à cet effet. Le naphtol β surtout. Il est un peu irritant pour la muqueuse et excite la sécrétion ; il est de plus insoluble et ne se donne qu'en cachets à la dose de 0,25 centigr.

Le benzonaphtol est peu toxique. Il s'est substitué au naphtol et peut être prescrit à la dose de 1 à 3 grammes.

Le bétol est le salicylate de naphtol β mais il est peu actif.

Le dermatol a l'inconvénient d'être astringent.

Le salicylate de Bi n'est guère utile que pour l'intestin.

Le peroxyde de magnésium dégage utilement de l'oxygène.

Le fluorure d'ammonium n'est pas inactif en solution à 1/300 à la dose d'une cuiller à soupe, ou dans des pilules de 0,05 centigrammes

L'hyposulfite de Na peut être prescrit à la dose de 2 grammes

La chloramine T, à celle de 0,20 centigrammes, agit plus sur l'intestin que sur l'estomac.

On a dit que le fluorure agissait sur les ferments lactiques, l'hyposulfite sur les fermentations carboniques.

Parfois de *grands lavages* avec :

Acide salicylique	1 ou 3 °/₀₀
Salicylate de Na	5 gr. «
Résorcine	1 à 2 «
Acide borique	«

et même bicarbonate de soude à 5 °/₀₀ sont utiles de temps à autre pour aseptiser pour un plus long temps l'estomac.

***

Mais la fermentation n'est pas la seule cause des gaz. Il y a aussi l'**aérophagie**. Et elle a une grosse importance que je ne nie pas.

Les gaz gastriques ont parfois exactement la composition de l'air extérieur et les gaz intestinaux même s'en rapprochent beaucoup. Ils peuvent donc, les uns et les autres, venir de l'air extérieur.

Cet air est introduit : 1° par la manie de déglutition à vide souvent nécessitée par la contraction de l'œsophage ou le malaise gastrique : c'est l'*aérosialophagie* où l'on rencontre beaucoup de cellules pavimenteuses dans le liquide gastrique. Il peut être 2° introduit par une sorte de *tic* véritablement *spamodique* où s'associent le spasme du diaphragme et l'ouverture de la glotte. Ce tic a été bien décrit par Linossier.

Le traitement de cette dyspepsie aérophagique est très particulier.

Contre la manie de déglutir, on a préconisé la cravate qui est un moyen détestable et aussi l'ouverture de la bouche par un gros crayon qui est bientôt inefficace. Il faut exiger du malade qu'il ouvre largement la bouche et respire fortement quand il sent venir sa crise.

Contre le tic aspirateur il n'y a que l'exercice de gymnastique respiratoire qui permet au diaphragme de reprendre son fonctionnement et son autorité.

Mais, chez les uns et les autres, qui sont des nerveux, il faut des **médicaments nervins**.

Le premier de ces médicaments est la valériane. Cette plante qui n'est odorante que lorsqu'elle a subi la fermentation est connue depuis les Francs qui en ornaient le front des épousées et les autels de la déesse Herta. Elle se trouve dans le Jura et les Vosges. Son action sédative est indiscutable. On en emploie :

la poudre à la dose de	1 à 3 gr.
l'infusion à la dose de	10 °/₀₀
l'extrait à la dose de	0,25
la teinture alcoolique	2 à 10 gr.
la teinture éthérée	1 à 2 gr.
l'intrait à la dose de	1 à 2 gr.
le sirop à la dose de	20 gr.

De la valériane dérivent le neurène qui est du bornéol soluble, le valérianate d'amyle, le valérianate de menthol — dont l'action est assez voisine. Ces médicaments s'emploient en capsules de 10 à 20 centigrammes.

Le deuxième de ces médicaments est l'oxyde de zinc vanté par le vieux médecin des Vosges, Méglin. Il est utilisé, associé à la valériane et à la jusquiame, à la dose de 0,05 centigrammes sous le nom de pilules de Méglin. C'est un médicament un peu nauséeux.

Le troisième est la belladone ou encore la jusquiame dont l'effet n'est pas toujours favorable, car l'une et l'autre paralysent le vague.

Le quatrième est l'ésérine, alcaloïde de la fève de Calabar, employée sous forme de salicylate d'ésérine au milligramme ou la génésérine à dose un peu plus élevée.

Le cinquième est le bromure surtout le bromure de sodium et de calcium à à 2 grammes, car le bromure de camphre est irritant de l'estomac.

Enfin le sixième est un barbiturique, le gardénal ou phényléthylmalonylurée, qu'on emploie à la dose refractée de deux ou trois fois 2 à 3 centigrammes par jour, associé souvent au bromure et à la valériane :

2 grammes de teinture de valériane
2 grammes de bromure
0,05 de gardénal par 24 heures.

Les pilules suivantes sont recommandables :

Extrait de valériane	0,10 ctgr.
Gardénal	0,03 ctgr
Na Br.	20 à 30 ctgr.
Excipient q. s.	pour une pilule
	2 à 3 par jour.

Certaines malades font des crises aérophagiques à propos de leurs règles, avant ou pendant la menstruation. Il ne faut pas chez elles négliger l'examen utéro-ovarien et le traitement, de la *régulation ovarienne*.

Telles sont les indications thérapeutiques de la dyspepsie flatulente, indications qui commencent aux évacuants, aux absorbants, aux antiseptiques, aux sédatifs nerveux en passant par les carminatifs, ces médicaments curieux qui ont au moins le mérite immédiat et vérifié de faire évacuer les gaz, sinon de les résorber ou de les fixer.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Le traitement par le strychnine de l'empoisonnement aigu par les barbituriques (gardenal spécialement)

Le suicide par le gardénal et autres produits de la série barbiturique est une des modalités actuellement en faveur, surtout dans les centres urbains, pour en terminer avec l'existence. Aussi le médecin pénétré de la *fréquence relative* de tels accidents doit-il toujours en face d'un coma d'étiologie non évidente soupçonner le *coma barbiturique*. Mais un simple soupçon ne doit pas suffire en l'occurrence, car le traitement qui s'en suivrait pourrait être nocif s'il était appliqué à tort. C'est pourquoi il convient d'exposer succintement ici les grandes lignes des données qui entraîneront la certitude.

Et d'abord une *enquête minutieuse* s'impose comportant :

a) *L'interrogatoire de l'entourage* susceptible de renseigner — souvent après bien des réticences — sur les motifs plausibles de la fatale détermination (trouble mental, chagrin intime, raison matérielle) et sur l'heure probable de la tentative.

b) La découverte des tubes ou flacons qui pourra fixer sur la nature de la drogue et sur sa quantité approximative, chiffre ayant moins d'importance que la *révélation d'associations toxiques fréquentes* (alcool, dérivés de l'opium, oxyde de carbone).

En l'absence de telles données *l'examen objectif* du sujet administre le plus souvent suffisamment de preuves. On se trouve devant un sujet qui dort mais si profondément qu'il s'agit d'un *véritable coma*. Toute conscience est abolie, toute sensibilité disparue, l'inertie est globale, l'hypotonie totale. *L'abolition des réflexes tendineux* doit déjà retenir l'attention. La mise en évidence d'un signe de Babinski bilatéral ne doit pas faussement aiguiller vers l'idée de lésion cérébrale en foyer. Ce qui domine c'est *« l'aspect dépouillé »* d'un tel coma et, avec la notion *d'âge indifférent* ici, *l'absence de signes associés* qui permettent d'identifier les autres états comateux.

— *Le coma apoplectique* avec ses paralysies et surtout sa paralysie faciale qui s'impose à première vue ou qu'on met en valeur par l'excellente manœuvre de Pierre Marie et Charles Foix ;

— *le coma urémique* avec l'hypertension artérielle, le Cheyne-Stokes, l'examen des urines et du sang ;

— *le coma diabétique* avec le Kusmaul, l'excavation des yeux provoquée par la déshydratation progressive, l'odeur pomme de reinettes de l'haleine, la présence dans les urines et dans le sang de sucre en excès et de corps cétoniques ;

— *la léthargie de l'encéphalite aiguë* est aussi un sommeil mais moins profond et dont on peut passagèrement tirer le malade.

Il faut aussi savoir distinguer *deux comas toxiques*, car le procédé d'intoxication peut avoir été *mixte* :

— *le coma oxycarboné* avec la teinte cochenille du visage, le sommeil plus doux, avec un sang fluide, rosé vif de type nettement artériel contrastant avec le sang *noir, poisseux, coagulant dans l'aiguille, des barbituriques* ;

— *le coma alcoolique* avec son odeur caractéristique de l'haleine, les vomissements et surtout l'agitation, ce dernier diagnostic différentiel ayant moins d'importance car la sanction thérapeutique est la même.

Dans les cas douteux on fera enfin rechercher les barbituriques dans les *urines* où, si l'on dispose d'un lapin, on provoquera le sommeil chez lui en injectant dans la veine de l'oreille 5 et 10 c. c. de l'urine du malade suspect (Flandin).

De toutes façons *il convient de faire vite* pour établir de manière certaine un tel diagnostic car la *longueur du temps perdu* entre l'ingestion toxique et le déclanchement du traitement intervient sur le résultat qu'on recherche et une telle partie entamée après la *dix-septième heure* paraît plus ardue à gagner qu'avant cette *heure critique* (Cossa).

Un tel traitement vise plusieurs objectifs.

1° *Favoriser l'élimination* de la drogue qui s'opère par les urines et par les selles.

Ne faire le lavage d'estomac que si on intervient avant la douzième heure. Si le réflexe pharyngien est aboli lui préférer l'injection de un demi centigramme ou d'un centigramme de chlorydrate d'apomorphine. Vider la vessie le plus souvent en rétention. Lavement évacuateur. Instillation rectale goutte à goutte toutes les douze heures de 500 c. c. de sérum physiologique adrénaliné.

2° *Lutter contre la déficience des centres nerveux*, c'est là l'essentiel du traitement et c'est le *sulfate de strychnine* qui y pourvoit. La discussion des théories de l'antidotisme gardénal-strychnine ou de leur antagonisme n'est pas de mise ici. Notre pensée exprimée pratiquement est que la strychnine agit, à sa manière habituelle, comme un stimulant des centres nerveux et que, ce qui fait sa spécificité ici, c'est justement qu'elle excite le mieux ceux que le gardénal inhibe. Mais du fait de leur imprégnation barbiturique *le seuil d'excitation* de ces centres s'est élevé très anormalement, ce qui rend compte de la nécessité d'une posologie qui, chez un sujet sain, ferait sûrement apparaître les signes de l'intoxication strychnée. Imbu de cette notion essentielle le traitement doit tendre à faire réapparaître, tout *au moins de façon momentanée* au début, les fonctions obscurcies et en particulier la conscience et les réflexes tendineux, ce que l'on doit rechercher en graduant par tâtonnements la posologie suivant les réactions du malade. Aux lieux et places d'une posologie standart et immuable jusqu'à l'échéance bonne ou mauvaise que justifiait la conception de l'antidotisme, l'expérience commande d'établir une échelle mobile des doses possiblement changeables à tout instant de la cure.

Pratiquement on injecte d'abord dans la veine 1 centigramme de sulfate de strychnine. S'il ne se passe rien dans le quart d'heure suivant, on injecte toujours dans la veine 5 centigrammes de strychnine. La voie de choix est dans tous les cas, tant que la malade semble en danger, *la voie intraveineuse*. A la suite de cette injection de 5 centigrammes plusieurs éventualités peuvent se produire.

Dans *la première* la conscience résurgit passagèrement pendant quelques minutes ; ou le sujet s'éveille un peu, ou il grogne au pincement, ou on peut mettre en évidence ses réflexes tendineux ou cutanés, résurgence éphémère et c'est à nouveau la chute dans le néant.

Dans la *seconde éventualité* aucune réaction apparente ne se manifeste, le sujet continue à dormir comme si de rien n'était.

Dans la troisième éventualité beaucoup plus rare surviennent des signes patents *d'intoxication strychnée* : contractures, convulsions localisées ou généralisées, trismus.

Il faut :

Dans *la première éventualité* injecter 5 centigrammes de strychnine 30 minutes après la pipûre précédente et continuer ainsi suivant le même rythme demihoraire tant que les mêmes phénomènes réactionnels se reproduiront. S'ils se précisent et s'intensifient (amélioration) on adoptera le rythme horaire avec les mêmes doses. S'ils s'atténuent on augmentera les doses comme ci-dessous.

Dans *la seconde éventualite* on fera 6 centigrammes à l'injection suivante et par tâtonnements, en montant parfois jusqu'à 10 centigrammes on recherchera la dose qui ébranle le coma. A partir de 7 centigrammes il vaut mieux ne faire qu'une piqûre par heure. Mais il ne faut pas élargir l'intervalle entre deux piqûres au delà d'une heure car la strychnine *s'élimine dans la règle en une heure environ*. Si on obtient le retour partiel et momentané de la conscience on établira la dose utile en se basant (Cossa) sur la présence de petits signes d'intoxication strychnée à savoir le Chvosteck et le petit soubresaut musculaire obtenu par excitation cutanée qu'il conviendra de maintenir en permanence.

Dans *la troisième éventualité* l'injection intra-musculaire de 10 à 20 centigramme d'Isonal (Flandin) jugulera les accidents aigus permettant la reprise ultérieure de la strychnine avec une posologie moindre.

Telles sont les directives générales du traitement strychné intensif susceptible d'effrayer par sa posologie cependant indispensable les médecins un peu craintifs. Il faut le continuer sans défaillances au rythme et aux doses qu'imposent les circonstances et cela sans se fixer de délai, tant qu'il sera

nécessaire ; une telle nécessité peut se manifester pendant plusieurs jours. Nous venons d'assister à la Pitié à un magnifique résultat obtenu, grâce à cette méthode, par notre ami Berdet dans un cas très grave qui guérit en trois jours et demi et 3 gr. 10 de strychnine.

Lorsque les réactions conscientes ne subissent plus d'éclipses on peut espacer les injections et recourir au centigramme. A ce moment là, mais à ce moment seulement, on peut utiliser la voie *intramusculaire*.

L'action des injections de 10 centigrammes chaque heure paraît supérieure à celle de deux injections de 5 centigrammes chaque demi-heure.

Il faut enfin savoir que les réactions d'intoxication strychnée ne sont pas un test de guérison, que le sujet apparemment guéri peut rechuter, ce qui impose la reprise du traitement et plaide contre une cessation trop brusque de ce dernier.

Une telle méthode qui *tend à morceler le coma* nous semble devoir offrir une heureuse influence préventive à l'égard des complications pulmonaires. Dans un but préventif analogue Flandin vante l'action des injections quotidiennes d'emblée du *lysat-vaccin* de Duchon.

Comme traitements adjuvants mentionnons la *saignée* (500 à 600 grammes), les *inhalations d'oxygène*, la *respiration artificielle* contre la défaillance respiratoire et les *injections* intramusculaires quotidiennes de 2 *milligrammes d'acétate de désoxycorticostérone* pour soutenir le tonus vasculaire.

***

Il n'est peut-être pas un autre acte thérapeutique de la pratique médicale pour demander au médecin le déploiement conjugué d'autant de qualités réunies, et d'esprit et de cœur, que le traitement du coma barbiturique. Maître de son diagnostic, rompu aux finesses de maniement de son arme thérapeutique dont il doit user sans vaines craintes ni appréhension timorée, il lui reste — et c'est peut-être l'essentiel — à posséder assez de patience et de bonté pour se fixer au chevet de son malade pendant des heures et des jours et entreprendre contre la mort cette lutte de tous les instants dont il aura souvent l'intime satisfaction — la plus douce, semble-t-il, de toutes les satisfactions humaines — de sortir vainqueur parce qu'il n'aura jamais désespéré. S'il n'a pas gain de cause il aura cependant accompli son long et pénible devoir.

Docteur J.-A. Chavany.
Médecin de l'hôpital N.-D. de Bon-Secours.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

L'œdème pleural

Il est une variété d'épanchement pleural susceptible de compliquer les cardiopathies, qui ne rentre dans les cadres classiques ni de l'épanchement infarctoïde, ni de l'hydrothorax. Le nom d'œdème pleural paraît à M. Dumas (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 novembre 1941) le mieux apte à le définir, étant donné qu'il survient dans les conditions cliniques de la crise d'œdème pulmonaire, avec cette différence que le flux séreux, au lieu de s'épancher dans les alvéoles, se répand dans les plèvres. Ces deux conditions peuvent s'associer, mais l'œdème pleural dépasse en importance l'œdème pulmonaire, ou peut même se produire isolément et évoluer pour son propre compte. Il peut se résorber spontanément ou après ponction. Il peut se reproduire, comme peut se reproduire la crise d'œdème pulmonaire. Il peut dans d'autres conditions persister, devenant le point de départ d'une hydropisie progressive. M. Dumas rapporte des observations relatives à ces différents cas.

L'œdème pleural diffère de la pleurésie infarctoïde et aussi de l'hydrothorax par son mode de début, par son évolution, par sa formule cytologique, et la nature même du liquide épanché.

La pathogénie de l'œdème pleural paraît être la même que la pathogénie de l'œdème pulmonaire ; il en rend le pronostic immédiat plus favorable.

La diphtérie chez les vaccinés

D'après une expérience qui porte sur onze années et sur 3.401 malades atteints de diphtérie vérifiée bactériologiquement, MM. J. Chalier et Revol (*Journ. de Méd. de Lyon*, 5 novembre 1941), la diphtérie est rare chez les vaccinés, 2,1 % ; tout se passe comme si un enfant vacciné avait sept fois moins de chances de contracter la diphtérie qu'un non vacciné.

La diphtérie est sensiblement aussi grave lorsqu'elle survient chez un vacciné que chez un non vacciné.

La diphtérie survient particulièrement grave chez les sujets dont la vaccination fut incorrecte (une seule injection, intervalle de temps trop court entre deux piqûres) ou trop récente (moins de un mois). Elle semble au contraire rare et bénigne chez les sujets ayant reçu une injection de rappel.

L'ancienneté de la vaccination joue aussi un rôle, l'immunité, à peu près nulle pendant le premier mois, devenant effective à partir du deuxième, diminuant du neuvième au dix-huitième, périodes où les diphtéries sont plus fréquentes et plus graves.

Pratiquement, il est donc indiqué de faire systématiquement des injections de rappel, dès le sixième ou le septième mois après la vaccination. Mais surtout il faut considérer toute diphtérie survenant chez un vacciné comme aussi grave que celle survenant chez un non vacciné, et pratiquer la sérothérapie en conséquence.

Les sulfamides en chirurgie laryngée

Chez tous les malades qui doivent subir une intervention grave sur le larynx, M. Portmann (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, sept.-oct. 1941) donne *per os*, 3 grammes par jour pendant les deux jours qui précèdent l'intervention, puis pendant les trois jours qui la suivent. Ensuite 2 grammes pendant deux jours, et 1 gramme pendant deux jours.

Si une complication apparaît ou s'aggrave, ces doses doivent être considérablement augmentées.

Les résultats sont excellents. Et, comme preuve, M. Portmann donne trois observations qui ont trait, l'une à une thyrotomie, la deuxième à une laryngectomie partielle et la troisième à une laryngotomie totale.

La néphrectomie pour tuberculose ne doit pas être précoce

Depuis quarante ans, on applique à la tuberculose rénale la formule : diagnostic précoce et néphrectomie immédiate. Or, dit M. B. Fey (*Journal d'Urologie*, septembre-octobre 1941), l'espoir d'améliorer les résultats en intervenant tôt est une illusion et une erreur : il faut abandonner délibérément l'objectif de la néphrectomie précoce et s'en tenir à l'opinion formulée par Dos Santos en 1935 : si un rein fonctionne bien, même si une lésion existe, ne pas opérer. Lorsque la lésion a évolué assez pour que le rein ait perdu une partie importante de sa fonction, surtout s'il fait souffrir, opérer.

L'ulcère gastrique aigu d'origine dentaire

On peut voir survenir, chez des sujets soumis à une série d'extractions dentaires en vue d'un appareillage complet, des signes d'ulcère aigu de l'estomac simulant le cancer et disparaissant remarquablement vite et définitivement après une intervention chirurgicale et sous l'influence d'un simple traitement médical.

MM. J. Barbier et G. Piquet, qui en ont observé plusieurs cas (*Journ. de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1941) expliquent le développement de l'ulcération par le défaut de mastication et la déglutition de sérosités infectées d'origine gingivo-dentaire. Et ils ont vu ces accidents disparaître rapidement avec une alimentation appropriée, non traumatisante et des soins de désinfection gingivale.

Le drainage pariétal des cavernes avec aspiration

C'est en 1938 que Monaldi a fait connaître une méthode d'aspiration endocavitaire qui lui a permis de guérir et d'améliorer nombre de tuberculeux cavitaires à plèvres symphysées. Sur 198 malades, il a obtenu 47,8 % de bons résultats, parmi lesquels on trouve 20,6 % de guérisons confirmées radiologiquement et cliniquement ; 19,2 % de résultats excellents, mais dont l'observation se poursuit ; 8 % de malades chez qui l'amélioration obtenue justifie l'espoir d'un résultat final complet.

MM. Chadourne, Baudouin et Mory qui rapportent ces résultats de Monaldi (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. XIV, n° 5, 1939-1940 1941) ont, par sa méthode, traité 10 cas ; aucun ne s'achève par une guérison complète. Mais ce n'est pas le bilan d'une méthode qu'ils veulent dresser, mais plutôt les déductions expérimentales qu'on peut en tirer.

Pour eux, les conditions favorables au comblement de l'espace cavitaire et à la stérilisation du foyer tuberculeux sont réunies si le processus tuberculeux est limité à la cavité et si le parenchyme péri-cavitaire est sain et suffisant. Mais la guérison paraît subordonnée à la fermeture de la bronche de drainage.

Utilité de l'auscultation sus-sternale pour le diagnostic du rétrécissement mitral

Le dédoublement intermittent ou permanent du 2e bruit est un phénomène banal sans signification diagnostique précise. Au contraire, dit M. Lian (*Presse Médicale*, 20-27 décembre 1941), le claquement d'ouverture de la mitrale, responsable des trois quarts des rythmes de rappel du rétrécissement mitral, est un signe caractéristique de cette lésion valvulaire.

Si on pratique l'auscultation sus-sternale, on n'y entend pas le dédoublement du 2e bruit, tandis qu'on perçoit le claquement d'ouverture de la mitrale.

Les résultats erronés des séro-réactions syphilitiques

M. Sézary (*Presse Médicale* 3-6 décembre 1941) en rapporte plusieurs exemples recueillis dans sa propre pratique. L'erreur est chose humaine, dit-il, excusable à la rigueur si elle est tout à fait accidentelle. Pour les éviter, les techniciens doivent s'entourer de toutes garanties concernant leur matériel, leurs produits chimiques et biologiques, faire toujours des réactions-témoins, et procéder à leurs opérations avec l'attention la plus soutenue, la minutie la plus grande.

Tous les résultats inexacts ne sauraient cependant être mis sur le compte d'erreurs. Il faut savoir que les réactions sanguines peuvent être négatives dans des cas de syphilis même récente et plus souvent encore dans la syphilis ancienne. Inversement, les réactions trop sensibles (à antigène cholestériné par exemple) peuvent donner des résultats partiellement positifs chez des sujets qu'on peut, autant que cela est cliniquement possible, croire indemnes de toute infection tréponémique.

Dans certains cas de tumeur cérébrale ou médullaire, on pourra voir une séro-réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, alors que la syphilis n'entre nullement en jeu.

D'autre part, chez des malades anciennement contaminés, les séro-réactions peuvent être positives d'une façon intermittente.

Et d'une façon générale, il faut se souvenir que la valeur de toute méthode de diagnostic biologique est relative : négatifs, ces résultats n'ont pas de signification absolue ; positifs, ils doivent être interprétés par rapport aux données cliniques.

INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

Académie des Sciences. Prix décernés pour 1941 :

Médecine et Chirurgie. — *Prix Montyon* (2 prix de 2.500 francs) : M. Noël Fiessinger et M. Maurice Loeper. Mention honorable à M. Guy Ledoux-Lebard. — *Prix Barbier* (2.000 francs) : MM. Maurice Villaret, Justin-Besançon, de Sèze et René Cachera. — *Prix Godard* (1.000 francs) : M. Maurice Chevassu. — *Prix du Baron Larrey* (1.000 francs) : M. Le Bourdellès.

Cancer et tuberculose. — *Prix Eugène et Amélie Dupuis* (2 prix de 4.000 francs) : Mlle Marguerite Faure et M. Jean Bablet. — *Fondation Henriette Régnier* (4.000 francs) : M. Chaetas Hulin.

Physiologie. — *Prix Montyon* (1.500 francs) : M. Francis Rathery.

Prix Généraux. — *Prix du général Muteau* (20.000 francs) : M. Jacques Tréfouël et MM. Federico Nitti et Daniel Bovet. — *Prix Laura Mounier de Sadarikis* (14.000 francs) : M. Ernest Fourneau.

Conférences médicales d'actualités du Val-de-Grâce. — Elles auront lieu tous les quinze jours, le samedi à 17 heures. Leur durée sera limitée à trois quarts d'heure pour permettre la discussion.

Elles commenceront le samedi 17 janvier. Les médecins désireux d'exposer un sujet de leur choix sont priés de bien vouloir, en aviser la Direction du Service de santé de la Région de Paris, 28, avenue de Friedland (Bureau médical), en en donnant le titre.

Ecole du Service de Santé. — Un concours sera ouvert, le 23 juin 1942, pour 60 places (40 pour la section métropolitaine 20 pour la section coloniale). Inscription du 1er mai au 1er juin, à Royat (Puy-de-Dôme) pour la zone non occupée ; à Paris, 16, rue Saint-Dominique, pour la zone occupée.

Collège de France. — Le Professeur Leriche commencera son cours le 19 janvier et le continuera le lundi et le vendredi à 5 heures : Physiologie pathologique des artères et thérapeutique chirurgicale des maladies artérielles.

Hôpitaux — Assistance publique

Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé. — *Un concours pour le recrutement de 28 médecins inspecteurs adjoints de la Santé* aura lieu le 10 février 1942.

Les dossiers de candidature et les demandes de renseignements seront reçus jusqu'au 15 janvier 1942 au Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé, pour la zone non occupée : service du personnel, du budget et de la comptabilité, 1er bureau, Hôtel-Radio à Vichy. Pour la zone occupée : service du personnel, du budget et de la comptabilité, 1er bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe).

Un concours pour le recrutement de 7 inspecteurs adjoints du service de l'assistance s'ouvrira le 17 février 1942. Inscriptions et renseignements jusqu'au 25 janvier 1942 et aux mêmes adresses que ci-dessus.

Sociétés Savantes

Académie de médecine. — Prix a décerner en 1942 (*limite d'inscription* : 28 *février* 1942). Prix a partage autorisé : Amussat (1.500 fr.). — Barbier (2.500 fr.). — Berraute (un titre de rente de 3.092 fr.). — Brault (4.000 fr.). — Capuron (2.000 fr.). — G. Durante (2.000 fr.). — Durante (2.000 fr.). — Fournier (5.000 fr.). — Guérétin (1.500 fr.). — Hadot (3.600 fr.). — H. Herpin (2.000 fr.). — Larrey (600 fr.). — Leveau (3.000 fr.). — Marmottan (100.000 fr.). — Merville (1.800 fr.). — Monbinne (1.500 fr.). — Roussilhe (deux prix de 10.000 fr.). — Vernois (800 fr.).

Partage interdit : Prix de l'Académie : Recherches de chimie microbienne (1.000 fr.). — Alvarenga de Piauhy (1.200 fr.). — Apostoli (1.000 fr.). — Argut (800 fr.). — Audiffred (un titre de rente 3 % de 24.000 fr.). — Baillarger (2.500 fr.). — Barthélemy (3.000 fr.). — Boullard (2.000 fr.). — Boulongne (6.000 fr.). — Bourceret (1.200 fr.). — Buignet (1.600 fr.). — Cailleret (500 fr.). — Campbell-Dupierris (3.000 fr.). — Chevallier (9.000 fr.). — Chevillon (3.000 fr.). — Civrieux (1.000 fr.). — Clarens (500 fr.). — Combe (3.000 fr.). — Daudet (2.500 fr.). — Demarle (850 fr.). — Dieulafoy (2.000 fr.). — Dreyfous (1.400 fr.). — Gaucher (1.800 fr.). — Godard (1.000 fr.). — Guillaumet (1.500 fr.). — Guinchard (8.000 fr.). — Guzman (un titre de rente de 2.500 fr.). — T. Herpin (3.000 fr.). — Itard (2.400 fr.). — Laborie (8.000 fr.). — Laval (1.200 fr.). — Liard (5.000 fr.). — Lorquet (300 fr.). — Magitot (1.000 fr.). — Magnan (3.500 fr.). — Merzbach (7.800 fr.). — Meynot (3.000 fr.). — Morin (3.000 fr.). — Nativelle (1.100 fr.). — Orfila (3.000 fr.). (Oulmont (1.000 fr.). — Pannetier (4.000 fr.). — Péan (5.000 fr.). — Portal (1.500 fr.). — Potain (2.400 fr.). — Pourat (1.500 fr.). — Robin (660 fr.). — Sabatier (600 fr.). — Saintour (5.000 fr.). — Stauski (1.500 fr.). — Tarnier (4.000 fr.). Vautrin (1.000 fr.). — Zambaco (600 fr.).

Prix Bruninghaus (10.000 fr.). — Day (deux titres de rente de 3.000). — Jansen (six parts de 10.000). — Saint-Lager (1.500 fr.).

Vie professionnelle

Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine. — Le Conseil rappelle que la liste des médecins susceptibles d'être appelés pour la relève des médecins prisonniers de guerre est en préparation.

Les médecins de moins de 40 ans, pères de famille, qui ne seront pas appelés à participer à cette relève sont priés de donner d'urgence leur nom et situation de famille au Conseil de l'Ordre de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris.

Conseil supérieur de l'Ordre. — Sont nommés pour la section dentaire : Président : M. Hulin (Paris) ; membres : MM. Béliard, Billoret, Dubreuil, Rachet, Viallier.

ECHOS & GLANURES

Lavoisier et les médecins de son temps.— Le 1er septembre 1778, des lettres patentes établissaient la Société royale de Médecine. Vicq d'Azyr avait été le promoteur de cette Société « sans préjugés, vraiment moderne d'esprit et de méthode, ouverte même aux plus récentes lumières, et prête à répondre aux Consultations du Gouvernement sur tous les objets et toutes les questions qui intéressent la Santé publique » (Sainte-Beuve). La Faculté de Médecine, qui n'existait plus que de nom, vit dans cette création un attentat à ses prérogatives et fit ce que feront toujours les vieilles corporations déclinantes en face des institutions nouvelles ; elle plaida l'illégalité et fit opposition devant le Parlement. Lutte sans résultat ; l'enthousiasme l'emporte toujours sur l'égoïsme.

Parmi les membres de la nouvelle société figuraient de simples docteurs régents : Thouret, Jeanroi, Andry, Desbois de Rochefort ; des membres de l'Académie royale des Sciences, Daubenton, de Jussieu. Lavoisier (1) n'en fait point partie, mais il y compte quelques amis : Macquer, Bucquet et surtout Vicq d'Azyr qui, en mourant, évoquera le souvenir du chimiste conduit à l'échafaud.

A ces amitiés, autant qu'à sa renommée sans doute, Lavoisier doit d'être compris dans les commissions chargées d'étudier certaines questions médicales. Il y figure dès le début. C'est ainsi qu'en 1782, il rédige sur le méphitisme des fosses d'aisances, un long rapport établi après de nombreuses et patientes investigations. Quand, en 1784, le gouvernement décide de soumettre les effets du mesmerisme à l'examen des hommes de sciences, Lavoisier est désigné avec Sallin, Darcet, Mauduyt, Caille, de Jussieu, Poissonnier, Bailly, Franklin, etc. Le rapport officiel fut rédigé par Bailly, mais Lavoisier avait réussi à persuader les commissaires qu'il n'importait pas d'examiner la réalité des cures attribuées au magnétisme, mais bien de rechercher si le fluide magnétique existe réellement.

De 1785 à 1787, Lavoisier fait partie des commissions nommées pour étudier la reconstruction de l'Hôtel-Dieu et l'établissement de quatre nouveaux hôpitaux. Dans le rapport qui est la conclusion de ces travaux, tout est prévu : égouts, captation d'eaux, salles d'opérations, promenoirs, fours à étouffer la vermine, amphithéâtre pour les études anatomiques, commodités pour le personnel, etc. Et ce rapport est daté de 1788.

Deux ans après, le 28 mai 1790, Lavoisier, Hallé, de Fourcroy, de Horne, Vicq d'Azyr signent un rapport sur l'état et la salubrité de la Salle des Variétés, au nom de la Société royale de Médecine qui ne reste indifférente à aucune question d'hygiène.

Et, c'est un membre de cette commission, Hallé, qui, le jour des procès des fermiers généraux, a le courage de prendre la défense de Lavoisier. Ce geste devrait faire oublier le mutisme apeuré de Fourcroy et l'odieux des accusations de Marat qui, un an auparavant, dénonçait Lavoisier comme « le coryphée des charlatans » Mais les vilenies humaines ne peuvent échapper à la justice de l'histoire.

(1) M. Maurice Daumas vient de lui consacrer un remarquable volume... *aere perennius* (Gallimard, éditeur).

La pauvreté est-elle une condition du travail scientifique? On l'a prétendu pendant longtemps, jusqu'au jour où les jeunes ont clamé leur indignation devant les salaires de femme de ménage qu'on leur offrait pour faire de la science. M. Remy Collin pose à nouveau la question dans son livre : *Message social du Savant* (A. Michel, éditeur) :

« Est-ce tout à fait un paradoxe de dire que la pauvreté est une bonne condition du travail scientifique ? Un de mes maîtres, le Professeur A. Prenant, admirait beaucoup *Le pauvre Pêcheur*, de Puvis de Chavannes. J'ai toujours pensé qu'il apercevait dans ce tableau de mystérieuses correspondances à la situation de certains anachorètes de laboratoire dont il considérait le dépouillement comme une purification propice et comme un signe de leur vocation.

Bien entendu, on ne prétend pas ici que les riches n'ont pas accès au temple de la science — il ne manque pas d'hommes fortunés qui ont servi et servent avec honneur la déesse aux yeux de violette — mais il semble que l'état de savant s'harmonise mieux avec la pauvreté qu'avec la richesse. C'est une vérité difficile à faire entendre aujourd'hui où les chercheurs en herbe réclament un niveau de vie plus élevé qu'autrefois. Mais de quoi s'agit-il au juste ? Nous n'entendons pas vouer à la misère les jeunes ménages de savants et il y a lieu de rappeler, avec Péguy, qu'il existe tout de même une différence entre la misère et la pauvreté. L'homme de science doit avoir un niveau de vie suffisant pour lui permettre de travailler sans soucis matériels. Mais il ne doit pas songer à s'enrichir. Pourquoi ? Précisément parce que le souci du gain l'empêcherait de se consacrer entièrement à une besogne qui exige le don de soi. On peut dire inversement que la misère l'empêcherait aussi d'accomplir son œuvre. Il semble donc que la condition matérielle optima de l'homme de science soit à égale distance entre le profit et l'insuffisance des ressources vitales ».

Goethe et la pellagre. — D. Bier (*Munchener medizinische Wochenschrift*, 12 décembre 1941) montre que Goethe avait déjà entrevu la cause de la pellagre.

En effet, dans son journal de route du voyage en Italie, Goethe traversant la région du Brenner, note que les femmes et les enfants deviennent d'une couleur blême, pitoyable à voir, et il l'attribue à l'usage du maïs et à la façon dont il est préparé dans ce pays : la farine étant simplement cuite à l'eau jusqu'à ce que l'on obtienne une bouillie épaisse.

Ainsi la pellagre, bien avant que l'on parle de vitamines, avait été déjà signalée par le bon observateur qu'était Goethe.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les formes cliniques de la maladie de Lobstein

Considérations tirées de l'étude de deux familles dystrophiques

Par **BERT (J. M.)** et **ANSELME-MARTIN (G.)**

La coloration bleue des sclérotiques, la fragilité des os, l'hyperplasie ligamentaire, les anomalies squelettiques et éventuellement la surdité sont les éléments caractéristiques du syndrome décrit et précisé dans les travaux successifs de Lobstein (1829), Eddover (1890), Moreau (1894), Van den Hœwe.

Il s'agit d'une affection rare, mais non exceptionnelle, puis qu'une soixantaine d'observations ont été publiées à ce jour.

Nous avons pu observer récemment des sujets appartenant à deux familles dont dix des membres sont porteurs de cette dystrophie et selon des modalités symptomatiques intéressantes à relever :

Famille B. — Observations de l'ambulance médicale 94 de Rethel (Professeur Jambon).

1° *Etienne B...*, mort d'un cancer du rectum, présentait des sclérotiques bleues, une fragilité osseuse ayant déterminé de multiples fractures, une laxité articulaire ayant provoqué plusieurs entorses ;

2° *Aurélie B...*, sœur du précédent, morte d'un cancer des côlons présentait des sclérotiques bleues, une hyperlaxité ligamentaire ayant provoqué de fréquentes entorses, mais n'aurait jamais fait de fractures ;

3° *Lucien B...*, fils de Etienne B..., 28 ans, mesure 1 m. 54 et pèse 46 kilos. On note chez lui : un syndrome oculaire composé de deux éléments : la coloration anormale des sclérotiques bleue lavande. L'exophtalmie, modérée, associée à un élargissement important de la fente palpébrale et à la mydriase, puis une hyperlaxité ligamentaire très importante, avec de multiples et successives entorses, des anomalies squelettiques : augmentation du volume du crâne, réalisant le type du crâne à rebords (Apert). Asymétrie thoracique et scoliose dorsale discrète. Gracilité des os des membres, courbures et hyperostoses des diaphyses humérales.

Lucien B. aurait présenté à l'âge de deux ans, une fracture incomplète du fémur ; depuis lors aucune manifestation de fragilité osseuse. Il a pu faire ses études, son service militaire et rester mobilisé six mois sans avoir de fractures. Il ne présente pas de surdité, mais des bourdonnements ; sa calcémie est de 116 milligr. par litre.

4° *Simone B...*, 40 ans, sœur du précédent. On note chez elle : des sclérotiques bleues, une fracture bimalléolaire à l'âge de 38 ans, l'absence de toute entorse.

5° *Marcelle B...* 34 ans, également sœur de Lucien B., présente des sclérotiques bleues, une fragilité osseuse qui s'est manifestée par des fractures, une surdité importante, une hyperlaxité n'ayant jamais provoqué d'entorses.

Un autre frère Charles B., âgé de 30 ans ne présente aucun des stigmates de la dystrophie.

Famille D. (Etudiée grâce à l'obligeance du Docteur Péchenart de Rethel).

1° *Jacques D.*, mort à l'âge de 53 ans, probablement de tumeur. Dystrophie ainsi caractérisée : sclérotiques bleues, absence de fractures, nombreuses entorses dans la jeunesse ;

2° *Jean D.*, 20 ans, fils du précédent, taille de 1 m. 70, aspect longiligne. On trouve chez lui : une coloration ardoisée des sclérotiques sans élargissement de la fente palpébrale, ni exophtalmie. Une hyperlaxité ligamentaire discrète. Une fragilité osseuse se traduisant par la grande fréquence des fractures pathologiques : on compte, en effet chez lui huit fractures, et, d'autre part, on note :

— La saillie des bosses temporales et de l'occiput ;

— Un prognathisme inférieur assez accusé avec denture en mauvais état ;

— Une scoliose discrète de la région dorsale.

3° René D., 16 ans, Bernard D., 13 ans et Yvonne D., 24 ans, frères et sœur de Jean D. présentent tous des sclérotiques bleues, le premier eut une fracture du coude à 15 ans, le deuxième de l'humérus à 9 ans et le troisième n'a jamais eu de fracture et tous ont une hyperlaxité n'ayant jamais engendré d'entorses.

Nos recherches ont porté en définitive sur dix personnes atteintes de maladie de Lobstein, réparties en deux familles. Dans les deux cas, c'est par le père que s'est transmise la dystrophie.

Les modalités de répartition des symptômes chez ces dix sujets, permettent de faire les remarques suivantes :

1° La coloration anormale des sclérotiques existe dans tous les cas . la surdité (syndrome de Van den Hœwe) dans un cas seulement ;

2° Le syndrome de fragilité osseuse, qui, théoriquement est fondamental dans la maladie de Lobstein, semble prendre en fait une importance extrêmement variable selon les sujets .

a) La littérature nous apporte des cas de fragilité osseuse extrême, 50 à 60 fractures, faisant de véritables hommes de verre (Apert) ;

b) Deux de nos sujets ont fait des fractures multiples et pres-

FEUILLETON

LE MONDE MÉDICAL PARISIEN IL Y A CENT ANS [1]

Universellement admiré, considéré comme un des représentants les plus marquants de la science française, Jean-Baptiste Dumas est professeur à la Faculté des Sciences en même temps qu'à la Faculté de médecine, membre de l'Académie des sciences et de celle de médecine, fondateur de l'Ecole Centrale des Arts et Manufactures, etc. C'est un homme des plus représentatifs et l'un des créateurs de la chimie organique. Il exerce « par la légitime autorité de son talent, par le charme entraînant de sa parole, une dictature toute de persuasion ». Personne ne le discute. Il est né à Alais (Gard) en 1800. Le concours qu'il a subi pour remplacer Deyeux est un des plus brillants auxquels ses contemporains aient assisté. On a trouvé dans des épreuves « l'élévation de la pensée jointe à la facilité de parole et aux grâces de l'élocution ». Il habite le Muséum.

Fils de l'ex-chirurgien de l'Hôtel-Dieu qui fut mêlé à l'énigme Louis-XVII, Pierre Pelletan est professeur de physique médicale et professeur très apprécié. Et cependant il a commencé par faire des cours de physiologie. Malheureusement il se livre à des spéculations industrielles qui ne connaissent que l'insuccès et l'on redoute qu'il ne soit obligé, pour cette raison, d'abandonner sa chaire. On le regrettera.

Elève de Bretonneau, comme Velpeau, Armand Trousseau est né à Tours en 1801. C'est encore un professeur qu'on ne critique guère. Médecin des hôpitaux depuis 1831, il a obtenu au concours, huit ans plus tard, la chaire de thérapeutique. C'est, disent ceux qui vont l'écouter, un homme qui professe avec élégance et un profond observateur. Son maintien est plein de dignité. Ses travaux sont nombreux et de haute valeur. On constate qu'il a préconisé, par la parole et par l'exemple, la trachéotomie qui était à peu près abandonnée. Il a fondé le *Journal des connaissances médicales et chirurgicales*. On s'étonne qu'il ne soit pas encore membre de l'Académie. Il reçoit rue Caumartin, 11.

Professeur de physiologie, M. Pierre-Honoré Bérard, frère du professeur de clinique chirurgicale, est, lui aussi, chirurgien et opère à l'hôpital Saint-Antoine. On n'en dit pas grand chose, sinon qu'il est un examinateur indulgent et qu'il professe en homme complètement indépendant « et même, dit Sachaile, avec un laisser-aller qui ferait assez supposer qu'une chaire à l'Ecole était pour lui plutôt un but qu'un moyen ».

(1) Voir *Progrès Médical* du 10 janvier 1942.

que toujours provoquées par des traumatismes minimes : Jean D. a 20 ans, six fractures importantes dont une encore en évolution à l'heure actuelle ; Etienne B. en a fait également plusieurs dont certaine à l'âge adulte ;

c) Plusieurs d'entre eux n'ont eu qu'une unique fracture, quelquefois deux, presque toujours au cours de l'enfance.

Il semble que leur fragilité osseuse n'ait été que passagère ou reste suffisamment discrète pour résister aux petits traumatismes habituels, c'est le cas de Simone B., Marcelle B., René D., Bernard D., Lucien B.).

d) Quelques dystrophiques enfin, quoique porteurs de stigmates indéniables de la dystrophie, n'ont jamais eu de fractures, malgré une activité physique normale (Jacques D., Aurélie B., Yvonne D.).

En définitive, il semble que l'on soit autorisé à admettre plusieurs degrés dans le syndrome de fragilité osseuse de la maladie de Lobstein, et à distinguer :

— de grandes fragilités osseuses (hommes de verre des classiques) ;
— des fragilités osseuses moyennes ;
— des fragilités osseuses discrètes ou passagères ;
— des fragilités osseuses muettes.

III. — Le syndrome d'hyperlaxité ligamentaire observé dans la maladie de Lobstein comporte lui-même diverses modalités :

— *L'hyperlaxité ligamentaire simple* est constante ;
— *L'hyperlaxite ligamentaire avec propension aux entorses et aux luxations* est beaucoup plus expressive et son importance est parfois telle qu'elle peut dominer le tableau clinique (cas de Lucien B., de Jacques D.) ou rivaliser d'importance avec le syndrome de fragilité osseuse (cas d'Etienne B.).

IV. — Toutes ces considérations conduisent à penser que si la maladie de Lobstein a une unité nosologique certaine, son aspect clinique n'est pas immuable. Suivant les modalités d'intrication de ces deux syndromes quatre types cliniques peuvent être réalisés :

1° *La maladie de Lobstein type dans laquelle prédomine le syndrome de fragilité osseuse.* (Cas de Jean D.) ;

2° *La maladie de Lobstein à syndrome mixte de fragilité osseuse et d'hyperlaxité ligamentaire* (cas d'Etienne B.) :

3° *La maladie de Lobstein à syndrome d'hyperlaxité ligamentaire prépondérante* (cas de Lucien B. et d'Aurélie B., de Jacques D.) ;

4° *La maladie de Lobstein à forme fruste,* dans laquelle les deux syndromes restent si atténués, que la dystrophie se réduit en fait à la coloration anormale des sclérotiques (cas d'Yvonne D.).

***

L'importance que prend l'hyperlaxité ligamentaire dans certaines formes de maladie de Lobstein établit l'existence de rapports étroits entre cette affection et la grande hyperlaxité dystrophique connue sous le nom de maladie de Morquio. Le Professeur Giraud a déjà insisté sur ce point avec l'un de nous en 1935 en groupant ces deux affections et l'hyperélasticité cutanée de Danlos Ehlers, dans la rubrique générale des hyperlaxités familiales hystrophiques et Perreau et ses collaborateurs y sont revenus à la Société des Hôpitaux en mai 1941. Certains parmi les cas précédents constituent des types de transition indiscutable entre ces formes maîtresses et confirment leur commune origine et leur unité nosologique.

Indications de l'angéiothérapie artérielle

Par J. DE FOURMESTRAUX (1)
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres

Un agent médicamenteux introduit dans la circulation artérielle peut répondre à une triple indication :

a) Etude de l'aire de la perméabilité vasculaire dans un secteur plus ou moins étendu, par pénétration dans la lumière de l'artère d'un corps opaque suivi de la radiographie de la zone intéressée. Artériographie.

b) Apport vasculaire d'un antiseptique ou d'un sérum. Artériothérapie.

c) Anesthésie segmentaire par injection intra-artérielle d'une solution destinée à cet effet. Artério-anesthésie.

Depuis le jour où Sicard et Forestier mirent en évidence la possibilité de rendre visible une image artérielle sur le vivant les recherches se sont multipliées. La technique de la méthode est entrée dans la pratique à la suite des travaux des chirurgiens portugais sur l'Encéphalographie : E. Moniz (2)

(1) Avec la collaboration de Maurice FREDET et de J.-P. DE FOURMESTRAUX.
(2) Ed. MONIZ. — L'Angéiographie cérébrale, Masson, 1937.

Passons aux agrégés. Ils sont alors répartis en trois classes. Dans la première, qui est celle de médecine, on trouve Gouraud, Legroux, Rufz, Barthe, Comberte, Monneret, Nonat, Sestié ; dans la seconde, qui est celle de chirurgie, Larrey fils, Malgaigne, Denonvilliers, Gerdy jeune, Nélaton et Rigaud ; dans la troisième, section des sciences accessoires, se lisent les noms de Baudrimont, Chassaignac, Huguier, Maissiat, Martin et Mialhe.

Quelques noms au passage auront frappé le lecteur. Ce sont ceux de médecins et surtout de chirurgiens qui seront plus tard célèbres. Pour le moment, ils se contentent de concourir, quelquefois brillamment et attendent leur tour.

***

Les chaires, comme les places d'agrégés, ne se donnent plus, avons-nous dit, qu'au concours. Le concours pour le professorat avait été institué en 1808 par Napoléon et l'arrêté contenait cette précision curieuse que le candidat doit apporter en s'inscrivant un certificat de bonnes vie et mœurs accompagné d'un certificat de trois médecins de son lieu de domicile, visé par le recteur, et attestant que le concurrent n'a pas distribué de billets ni d'adresses sur la voie publique et qu'il n'a pas vendu de remèdes secrets. En 1815 le concours fut supprimé et les nominations furent faites par le Conseil royal de l'Instruction publique sur une liste de quatre candidats présentée par la Faculté. De là vient (nous y avons déjà fait allusion) que certains professeurs de 1841-1842 ont été nommés sans subir d'autres épreuves. Le 5 octobre 1830, le concours était rétabli.

Ce n'était pas un concours pour rire. Les juges qui y présidaient sont nommés pour la plus grande partie par la Faculté, pour une petite proportion par l'Académie des Sciences, l'Académie de Médecine, ou choisis parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Les épreuves sont nombreuses et dures. Il y a d'abord ce que nous appellerions aujourd'hui une épreuve de titres, puis une thèse sur la chaire disputée et la méthode à suivre dans l'enseignement. En troisième lieu vient une question écrite, tirée au sort et la même pour tous les concurrents. Suivent une leçon faite après un jour de préparation sur une matière relative à l'enseignement de la chaire et, pour terminer, une leçon pour laquelle sont accordées trois heures de préparation sur un sujet tiré au sort chaque jour parmi ceux qui doivent subir l'épreuve ce jour là. Or ces leçons sont publiques et les travaux sont argumentés par les concurrents, qui se livrent à des luttes courtoises, mais très souvent passionnées. La presse professionnelle est représentée à ces séances et publie les leçons faites, leçons qu'elle discute ouvertement et souvent avec une certaine sévérité. Et le concours dure quatre mois ! Aussi ne faut-pas s'étonner si des incidents surgissent qui ont parfois des allures véhémentes.

Les étudiants de 1842 sont, comme ceux de toute époque, ardents et volontiers bruyants. Ils le sont même peut-être un

sur l'Aortographie et l'Artérographie périphérique, R. Dos Santos (1) et ses collaborateurs, tandis qu'à Strasbourg, Leriche (2) et Fontaine en précisaient les indications.

Leur exemple fût rapidement suivi, mais l'enthousiasme initial tempéré par quelques échecs pénibles. C'est là une méthode d'exploration précieuse, mais il semble bien que la solution de contraste exempte de dangers immédiats ou éloignés, ne soit pas encore au point tandis que le moins nocif des produits actuellement utilisés, le dioxyde de thorium, ne mette pas à l'abri d'accidents précoces ou tardifs redoutables (3). Ceux-ci seront sans doute atténués le jour où nous aurons à notre disposition un liquide à la fois isotonique et dépourvu de toxicité, permettant d'explorer les territoires artériels, veineux et lymphatiques.

L'anesthésie segmentaire, angéio-anesthésie conçue par Goyanes en 1909, reprise par Goinard, n'a donné jusqu'ici que des résultats inconstants. Elle présente cependant un réel intérêt et devrait être reprise au point de vue expérimental, tandis que l'injection intra-artérielle d'une solution anesthésique paraît devoir déterminer des réactions vaso-motrices fort intéressantes du point de vue thérapeutique.

Depuis huit ans, nous utilisons la voie artérielle de façon courante. Dans un travail antérieur avec notre collègue M. Fredet, nous avons présenté devant l'Académie de chirurgie le bilan de 110 injections artérielles pratiquées dans un but thérapeutique ; nous avons depuis lors étendu les indications de la méthode et il nous semble de quelque intérêt de résumer les résultats de notre pratique portant sur plus de 500 injections. Séro ou chimiothérapie.

Sérums antitoxiques. — Injection de sérum antitétanique. Cette idée procède d'un concept simple. La toxine antitétanique se localisant au niveau des centres cérébraux, il est logique d'agir directement sur ces derniers.

C'est en partant de ce concept que Roux, il y a quarante ans, conseillait d'injecter directement le sérum dans le tissu cérébral après trépano-ponction. En France, la méthode paraît complètement abandonnée. Il ne semble pas que Lerhnbecher en Allemagne, Stanley Denier en Angleterre, aient obtenu depuis lors d'heureux résultats par un apport sérique, dans la citerne cérébello-médullaire ou dans les ventricules. Théoriquement, il apparaît comme plus indiqué de réaliser l'imbibition par voie carotidienne, carotide primitive ou mieux carotide interne, ce qui permettrait au sérum antitoxique de se diffuser dans l'aire vasculaire des artères cérébrales.

En reprenant l'idée initiale de Courmont et Leriche (1911), nous avons, à l'hôpital de Chartres, dans ces cinq dernières années, eu l'occasion de traiter par injection de sérum dans la carotide primitive ou interne, sept cas de tétanos sévères. Quatre guérisons, trois décès. Statistique moins heureuse que celle de Fritzche qui en suivant la même méthode sur quinze malades, n'aurait eu que deux morts. Ceci n'est pas très probant, mais il s'agissait de cas, à aspect clinique fort grave que nous avons partiellement relatés à l'Académie de Chirurgie (1937) (1). Une observation inédite nous paraît vraiment impressionnante. Il s'agissait d'un enfant de 14 ans qui, trois jours après l'apparition des accidents avec crises généralisées et subintrantes à prédominance céphalique, fut dirigé sur le service de notre collègue Foulon. Une seule injection de 80 centimètres cubes de sérum purifié poussé lentement après découverte de la carotide interne fut faite, tandis qu'étaient pratiquées dans le même temps la toilette chirurgicale et l'exérèse des tissus de la porte d'entrée probable de l'agent infectant : plaie du membre inférieur avec hématome sous unguéal.

Guérison sans qu'aucun autre apport de sérum ne fut fait par la voie sous-cutanée et qu'une médication symptomatique fut simplement appliquée. La sédation des accidents après le traitement d'assaut fut rapide surtout du côté opposé à la carotide injecté. Il semble bien qu'en se rapportant à la technique conseillée dans la diphtérie, on puisse dans le tétanos suivre une méthode analogue. Il y a sans doute lieu de croire que la première injection soit celle dont le rôle est le plus important, tandis qu'en suivant le sort de l'antitoxine dans le sang, on voit que malgré la répétition des injections, le taux de celle-ci ne s'élève que fort peu.

Dans une autre observation, jeune femme de 21 ans, adressée en septembre 1941 par notre confrère Laurent pour un tétanos d'aspect clinique, très sévère, après une seule injection 100 c. c. de sérum antitétanique dans la carotide interne, la consolidation fut obtenue en trois semaines, après une chute

(1) R. dos Santos. — L'aortographie. *Journal international de chirurgie*, n° 6, 1937.

(2) Leriche et Fontaine. — La valeur de l'artériographie dans les artérites. Congrès français de chirurgie, 1934, page 905.

Fontaine. — Artériographie, *Journal international de chirurgie*, n° 6, 1937.

(3) Bazy, Reboul et Racine. — L'artériographie dans les artérites des membres. Incidents. Accidents. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1934, p. 625, 1935, p. 39.

(1) J. de Fourmestraux et M. Fredet. — *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1937, p. 1347.

---

peu plus qu'en d'autres temps. Ce sont des jeunes gens nés dans un moment très mouvementé de la vie politique. La révolution de 1830 n'est pas loin, qui a changé bien des choses dans la Faculté même ; celle de 1848 est en préparation et de nombreuses émeutes, souvent difficiles à réprimer, unissent l'une à l'autre. Rien de surprenant si les caractères se ressentent de ce bouillonnement des esprits. De là des séances de concours agitées et dont quelques-unes donnèrent lieu à des incidents graves. Quelques exemples méritent d'être cités.

En 1835, un concours eut lieu pour la nomination d'un professeur de clinique médicale. Il se termina par la nomination de Rostan, mais non sans avoir soulevé des tempêtes, sans conséquences sérieuses d'ailleurs. C'étaient, en somme, des systèmes qui s'affrontaient : hippocratisme, humorisme, physiologisme, organicisme. Après l'épreuve sur titres, des candidats se retirèrent de la lutte, les assistants sifflèrent, applaudirent, mais ce fut tout.

En 1839, un autre concours, celui qui se termina par la victoire de Piorry, fut encore l'occasion de luttes ardentes. Mais ce qui s'ensuivit, ce fut surtout une polémique de presse dans laquelle furent assez malmenés des hommes comme Duméril, Orfila (naturellement), Trousseau, Gerdy, etc.

La plus grave de ces manifestations eut lieu en 1836. C'est à propos d'un concours pour la place de professeur d'anatomie que ces troubles se déclenchèrent. Parmi les concurrents, le favori des étudiants était Bosc ; les juges penchaient pour Breschet (son titre de membre de l'Institut n'était peut-être pas étranger à cette préférence). Séances orageuses au point que les journaux professionnels de l'époque invitaient les étudiants au calme. Le jour de la proclamation des résultats, ceux-ci envahirent la cour de l'Ecole et même les bâtiments. Roux fut chargé d'annoncer que Breschet était l'élu. Ce fut alors une tempête de coups de sifflet, de cris, de huées et bientôt on en vint à jeter au jury des épluchures de légumes et même des pierres. Les juges s'enfuirent, mais la foule se rua dans la Faculté, brisant portes et fenêtres, glaces et mobiliers, et mettant en lambeaux les robes professorales. Ce furent ensuite les portes de l'Ecole qui furent mises en pièces. La police survint, n'entra pas dans la Faculté, mais arrêta sur la place une quarantaine de manifestants armés de gourdins, dont deux ouvriers. Trente furent relâchés le soir même, les autres emprisonnés. L'Ecole fut fermée deux jours, pendant lesquels on estima les dégâts qui montaient, dit-on, à cinq mille francs. Le troisième jour, on rouvrit la Faculté et Orfila, à l'ouverture du premier cours, prononça des paroles énergiques pour flétrir la conduite des manifestants et déclarer que la justice suivrait son cours.

On a voulu, depuis, expliquer ces événements, qui avaient fait grand bruit, en déclarant qu'il s'agissait de défendre le concours qu'en haut lieu on avait l'intention de supprimer. Le moyen n'était peut-être pas très judicieusement choisi.

Quant au concours d'agrégation, nous savons, par une lettre de Velpeau à Bretonneau, en quoi il consistait à cette époque.

lente mais régulière de la température et des syndromes tétanisants.

L'abord de la carotide paraît en tous cas plus logique que l'abord périphérique fémoral, conseillé par Pereira (1). Dans cinq cas de gangrène gazeuse confirmée du membre inférieur, l'apport de sérum par voie vasculaire parut ne donner aucun résultat utile, et les malades durent être amputés.

Solution antiseptique, chimiothérapie. — Les injections antiseptiques ont été réalisées surtout avec du violet de gentiane, de l'argent colloïdal et surtout du mercurochrome, association de mercure et de brome (Dibromoxymercure fluorescine) en solution à un ou deux pour cent.

La concentration à deux pour cent est généralement bien tolérée et ne provoque que des réactions vaso-motrices légères dans le territoire vasculaire intéressé. Nécessité d'employer un produit d'une stabilité chimique absolue. Solution aqueuse sans alcool ou acétone comme dans celles utilisées pour la désinfection préopératoire des téguments cutanés. Au cours de recherches expérimentales faites avec Bargeron, Huet (2) a pu constater que si l'idéal était d'injecter des solutions isotoniques, les solutions hypotoniques étaient infiniment moins nocives que les solutions hypertoniques. Celles dont le ph est le plus voisin du ph sanguin, sont les mieux tolérées.

Le violet de gentiane à un pour cent, le sérum hypertonique, à vingt pour cent, déterminent dans ce domaine expérimental des coagulations périphériques du membre injecté, surtout au niveau des capillaires, et des réactions vaso-motrices brutales. C'est pour cela que l'iodure de sodium à saturation qui donne de très belles images radiographiques, est parfois si douloureux et mal supporté. Maurice Fredet qui avait, en partant d'une idée en apparence logique, injecté de l'acétylcholine chez un artéritique, a observé une réaction locale intense, et une chute de la tension inquiétante. A diverses reprises chez des malades très shockés, nous avons pû, avec des réactions nulles et un excellent résultat, introduire par la voie artérielle des doses importantes de sérum artificiel.

Nous ne pensons pas cependant que l'angéiothérapie artérielle soit supérieure pour lutter contre le shock à l'angéiothérapie veineuse. La solution de mercurochrome hypotonique est en général peu toxique. Il convient toutefois de se rappeler que des accidents ont été signalés après une large application périphérique. Ce fait a été noté dans le traitement des brûlures.

Mode d'action de l'angéiothérapie artérielle. — S'il s'agit de sérum, et nous envisageons ici surtout le tétanos n'est-il pas logique d'admettre que l'apport vasculaire s'étendant aux capillaires, réalise une action directe plus complète sur les centres intéressés, et ceci sans lésion traumatique du tissu cérébral, si minime fut-elle après une trépano-ponction. Une observation de Fritsche est à ce point de vue fort intéressante. Il injecte dans un cas de tétanos généralisé, et tandis que l'apport sérique est fait dans la seule carotide gauche, les crises convulsives qui diminuent de ce coté, disparaissent presque complètement à droite. Santos, dès 1929, dans une méningo-encéphalite, Mac Mahon et Crawford (1930) utilisent la même méthode (clinique Mayo). Nous n'avons pû préciser quel avait été le sérum injecté.

Si au niveau des gros troncs artériels périphériques, on emploie un antiseptique, l'angéiothérapie artérielle paraît avoir une action théoriquement supérieure à la voie veineuse. C'est avec une lenteur relative que les tissus périphériques se libèrent de l'agent médicamenteux employé et se laissent entrer dans la circulation générale, action d'autant plus précise que la stase par compression proximale de l'artère comme le conseille Dos Santos, ralentit cette diffusion.

Introduit par la voie veineuse, l'élément actif antitoxique ou antiseptique dilué rapidement dans la masse sanguine ne parvient au foyer morbide qu'avec une concentration faible. Ne peut-on penser aussi d'autre part que le périple pulmonaire ne change pas sa composition première par oxydation ou par tout autre action dont la genèse immédiate paraît bien difficile à préciser. Hypothèse sans doute, mais qu'on ne saurait écarter.

N'est-il pas d'autre part, possible d'admettre que l'appert sérique ou antiseptique dans un vaisseau artériel a une action variable mais certaine sur l'innervation vasculaire elle-même. Réactions vaso-motrices légères provoquées par la simple injection de sérum isotonique. Action intense qui peut être néfaste quand il s'agit de solution hypertonique. Effets paradoxaux produits par l'injection d'une solution de novocaïne qui détermine sans doute une action anesthésique médiocre, mais paraît devoir dans certains cas enrayer une infection locale. Les observations de Fiolle à ce sujet sont fort intéressantes. L'injection intra-artérielle dans certains cas, ne détermine-

(1) S. Pereira. — *Medicina contemporeana*, 7 mars 1937.
(2) Huet et Bargeton. — *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1936.

« Les candidats sont, dit-il, divisés en trois sections, médecine, chirurgie, sciences accessoires, ce qui fera trois concours qui auront lieu l'un après l'autre. En médecine, nous sommes vingt-six. Il y a quatre épreuves : la première, composition latine, la même pour tout le monde, est passée le jeudi ; la deuxième, leçon orale d'une heure, question tirée au sort, il en passe deux par jour. Il y a séance tous les deux jours. La troisième, lecture publique des compositions latines par les candidats ; on en lira trois par jour. La quatrième, enfin, une thèse latine, sera discutée pendant deux heures par l'auteur et ses quatre attaquants, ses compétiteurs, un par jour seulement. »

La même lettre nous montre, ce qui nous surprend quelque-peu aujourd'hui, les mêmes hommes candidats dans les différentes sections :

« Vous serez étonné peut-être, dit Velpeau, de me voir dans la section de médecine ; il paraîtrait, en effet, que j'eûsse dû me placer de préférence dans la chirurgie, les accouchements ou dans les sciences accessoires pour l'anatomie ou la physiologie. Mais j'ai réfléchi que, puisqu'on commençait par la médecine, il serait toujours temps de me rejeter sur les autres si cette porte m'était fermée. »

Nous sommes non moins surpris de voir (c'est toujours Velpeau qui est en cause) un agrégé de la Faculté se présenter au concours pour le prosectorat. Enfin les chaires professorales n'avaient pas la même hiérarchie que de nos jours, puisque l'on concourait parfaitement pour une chaire de clinique alors qu'on venait d'échouer dans un concours pour une place de professeur de pathologie, par exemple.

***

Tous les ans, au mois de novembre, la Faculté tient une séance solennelle de rentrée où le président rend compte des travaux accomplis à l'Ecole, fait l'éloge des membres défunts et proclame les prix de l'Ecole pratique. « Ces séances solennelles étaient bonnes par elles-mêmes, car elles mettaient en présence maîtres et élèves... Mais elles donnèrent quelquefois lieu à des désordres ; la jeunesse étant naturellement expansive profitait de l'occasion pour saluer de ses applaudissements l'entrée de chaque professeur sympathique et pour manifester par un accueil plus froid les ressentiments contre tel ou tel professeur. C'était un thermomètre de la popularité » (1).

Les désordres étaient, en effet, assez fréquents et l'on peut rappeler que c'est à la suite de ceux qui signalèrent la séance solennelle de 1822, où Desgenettes avait fait l'éloge d'Hallé, que l'Ecole fut fermée par de Frayssinous.

En 1841, ces séances étaient bien déchues de leur ancienne splendeur, à tel point que la *Gazette des hôpitaux* pouvait écrire : « On ne peut prendre au sérieux l'exhibition de ces

(1) Corlieu, Centenaire de la Faculté de Médecine de Paris.

t-elle pas les mêmes effets qu'une sympathectomie ? Effets transitoires sans doute mais évidents. Désinfection non plus exo mais intra-tissulaire, action sur la vaso-motricité vasculaire. Ce sont là des faits entourés encore d'une troublante obscurité, mais dont il sera sans doute possible un jour de préciser le mécanisme complexe.

Technique opératoire. — Les chirurgiens portugais, avec Santos et ses élèves, emploient de façon courante (1) l'angéiothérapie par la voie aortique. La technique en est relativement simple. Au niveau de la douzième côte gauche, sur la ligne des apophyses épineuses, à quatre travers de doigt de la ligne médiane, l'aiguille traverse les masses musculaires, s'incline vers le corps vertébral contre lequel elle va butter, rase la vertèbre et atteint l'aorte. Ponction haute plus facile que la ponction basse ? Zone à éviter : émergence des artères rénales.

Moins étendue que celle de nos collègues portugais, notre expérience nous permet cependant d'admettre que la ponction aortique ne présente pas de difficultés réelles. Elle n'est audacieuse qu'en son principe, moins aveugle que celle du ventricule gauche, et partant moins dangereuse. La ponction à l'aiguille ne laisse sur le vaisseau qu'une trace insignifiante et ne détermine pas d'hémorragie. Au cours, d'une autopsie chez une malade ayant succombé à une infection puerpérale, il fut impossible de retrouver l'orifice d'entrée de l'aiguille six jours après l'injection.

Avec Yung et Froelich, Leriche a injecté plusieurs fois du mercurochrome dans le cœur, au cours de septicémies graves. Il eut des améliorations momentanées, mais ses malades moururent. Deux fois, nous avons dans des endocardites malignes confirmées, injecté du mercurochrome dans le ventricule gauche. Nos opérées succombèrent rapidement.

L'injection dans les carotides nécessite la facile et classique découverte du vaisseau.

C'est une erreur de tenter l'injection transcutanée dans la carotide primitive et à plus forte raison dans la carotide interne. Si les injections itératives paraissent nécessaires, mèche au contact qui permet l'abord vasculaire rapide sans anesthésie.

Artères des membres. — La ponction directe est en général facile et il est logique avec Fontaine d'admettre que le chirurgien doit s'entraîner à la pratique de la ponction transcutanée de l'artère comme autrefois les médecins ont dû s'entraîner à la pratique des injections intraveineuses.

Cependant, si chez un malade maigre et athéromateux, c'est une manœuvre de petite chirurgie, chez un malade obèse, l'abord est plus difficile, surtout en cas de réactions inflammatoires, tandis que l'existence d'une adénite et de périadénite rendent pénible le repérage au doigt et parfois même la découverte chirurgicale rapide.

L'injection peut-être faite dans toute artère dont le calibre admet la pénétration d'une aiguille de 6/10 de millimètre. Il est inutile d'employer une aiguille coudée. Peu importe la forme du biseau, l'essentiel est que la lumière en soit fine, et l'injection poussée lentement. Le très utile appareil de Santos, indispensable pour une artériographie, est moins indiqué quand on emploie une solution dont on n'a pas besoin de préciser de façon rigoureuse la vitesse de pénétration pour prendre un cliché. Avant d'injecter, il faut constater l'apparition du jet saccadé et rythmique indiquant que l'on est bien dans la lumière artérielle.

L'injection thérapeutique doit être faite lentement. La stase empêche la diffusion rapide, la compression artérielle dans son segment proximal permet un sérum ou la solution antiseptique de diffuser lentement pour la circulation de retour. Compression digitale ou avec le brassard de l'appareil à prise de tension.

Les résultats obtenus en 1914. — P. et J. Fiolle (1) émettaient devant la Société de chirurgie de Marseille, la possibilité d'utiliser la voie artérielle dans le traitement de la gangrène gazeuse. Depuis lors, les observations se sont multipliées, qui, en France, n'ont pas toujours bénéficié d'une audience favorable. R. Dos Santos dès 1929, devant la Société des sciences médicales de Lisbonne, relatait l'histoire clinique des résultats encourageants qu'il avait obtenu en considérant que la voie artérielle constituait le chemin le plus direct pour lutter contre l'infection dans l'intimité des tissus. Il élargit du reste plus tard fort loin ses indications et en 1937, il concluait que l'injection dans l'aorte de solution antiseptique ou de sérum permettait d'agir efficacement sur les infections abdomino-pelviennes avec une assurance que la voie veineuse ne saurait réaliser. Un millier d'injections aortiques faites

(1) Santos. — *Journal international de chirurgie*, 1937, p. 629.

(1) P. et J. Fiolle. — Essais d'hématose et d'angéiothérapie artérielle. *Marseille médical*, 1er septembre 1914.

---

robes et de ces bonnets carrés ». La cérémonie ne paraissait nullement imposante et ne pouvait plus avoir ni éclat ni retentissement : « Le temps est passé des fêtes scolastiques et, pour redonner un peu d'animation à ces traditions du moyen-âge, il faudrait quelque chose de mieux qu'un massier ridicule précédant vingt-cinq à trente souquenilles ».

En 1812 c'est Gerdy qui préside et il prononce l'éloge de Sanson, récemment décédé encore jeune et sans aucune fortune. L'orateur en prend prétexte pour critiquer vertement Dupuytren et cela suffit pour susciter des protestations nombreuses.

***

Les étudiants se préparent, les uns (c'est le plus grand nombre) à devenir docteurs en médecine, les autres à être de simples officiers de santé, tenus, pour toutes études, à avoir été attachés pendant six ans, comme élèves, à un docteur praticien, ou à avoir suivi pendant cinq ans la pratique des hôpitaux, ou encore à avoir fait trois années d'études dans une faculté ou une école. Les officiers de santé sont nombreux à cette époque et même à Paris où quelques-uns ont une très belle clientèle. Pour aspirer au doctorat, le baccalauréat ès-sciences est exigé.

Les examens sont déjà ceux que nous avons connus : un premier qui porte sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle ; un second où l'on parle d'anatomie et de physiologie ; un troisième qui comprend les pathologies externe et interne ; un quatrième qui concerne l'hygiène et la thérapeutique, un cinquième enfin qui comporte les épreuves cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. La thèse, bien entendu, couronne le tout.

Aux examens, comme à la thèse, les examinateurs sont en costume d'apparat, les professeurs avec la robe rouge, les agrégés avec la robe noire aux revers rouges. Ces costumes sont ceux que le décret de 1805 a donnés à tous les médecins, mais les professeurs seuls les ont gardés. Le candidat passe sa thèse en robe. Cette thèse peut être, au gré de l'impétrant, en latin ou en français. Au cours des examens, il reste une question en latin, avec réponse dans la même langue, tirée au sort lors du cinquième.

On dissèque relativement peu, si peu que, pour corser un peu les études d'anatomie et susciter de l'émulation parmi les élèves, on a fondé l'Ecole pratique de dissection où l'on n'entre qu'après un concours. L'admission à cette Ecole s'accompagne de certains avantages, de la gratuité des travaux pratiques, par exemple, ou encore du droit, réservé à ses élèves, de concourir à l'adjuvat et au prosectorat. Il y a en tout deux prosecteurs et cinq aides d'anatomie. L'Ecole pratique organise chaque année des concours de prix ; être lauréat de l'Ecole pratique constitue une distinction très recherchée et très utile pour ceux qui veulent poursuivre la carrière professorale. Il existe aussi un amphithéâtre d'anatomie qui appartient à l'Assistance publique ; c'est « Clamart », qui existe toujours rue du Fer-à-Moulin.

dans un but diagnostic (aortographie) ou thérapeutique n'auraient provoqué entre ses mains aucun incident fâcheux.

Cunha Lamas, aurait obtenu des résultats analogues. Il est difficile à l'heure actuelle de préciser le bilan de cette méthode audacieuse en apparence. Elle n'est pas illogique, encore que l'antiseptique ou le sérum apparaissent comme devoir être rapidement dilué dans la circulation avec une stase impossible. Elle ne présente pas de difficultés spéciales surtout quand on injecte l'aorte au niveau de la douzième V. D.

Notre pratique globale de l'angéiothérapie qui, en huit ans, dépasse 500 injections se résume à l'abord des carotides et surtout des artères des membres. L'iliaque externe, la fémorale, l'humérale, l'axillaire, sont ponctionnés directement ou après découverte classique. Le faible calibre de la radiale et de la cubitale, leur anomalie, leurs larges anastomoses font qu'il est plus simple d'injecter l'humérale ou l'axillaire.

Nous avons utilisé l'injection intra-artérielle suivant deux modalités : A titre préventif et à titre curatif.

A l'heure actuelle, dans notre service, toute plaie sévère de la route, de la machine ou du rail, qui dépasse la périphérie cutanée est traitée de la façon suivante : après désinfection superficielle, alcool ou iode, le tissu cellulaire, les éléments conjonctifs, le muscle s'il est atteint sont enlevés en bloc au niveau du point de l'application de la force du traumatisme initial. Exérèse plus ou moins étendue, épluchage de la plaie, suivant un terme peu élégant mais imagé, qui permet d'enlever en masse les téguments atteints frappés à mort, ensemencés sinon infectés, en tous cas hors d'état de se défendre contre l'infection. Plastie cutanée, réunion avec un léger drainage Injection intra-artérielle d'une solution de mercurochrome en amont du siège de la lésion. Compression, stase. Dans cette pratique, de tous les jours, qui nécessite quelque patience, nous avons eu des résultats parfois surprenants, et avons l'impression dans des traumatismes graves, d'avoir très souvent évité une résection de drainage ou une amputation. Quand des accidents sévères sont apparus, les résultats de l'angéiothérapie seront en raison directe de l'heure opératoire.

Dans les lésions articulaires. — Quelques faits nous paraissent devoir retenir l'attention. Dans seize arthrites suppurées confirmées, pratique de guerre, ou civile, nous avons pû obtenir une consolidation complète après arthrotomie économique. Toilette de la plaie. Injection de mercurochrome. Nous avons soit immobilisé, soit mobilisé à la façon de Willems, et nous pensons que sur ce point du traitement des arthrites suppurées, l'opinion n'est pas beaucoup plus précise que lors du rapport que nous avons présenté au Congrès de chirurgie en 1934 (1).

Si les lésions restent cantonnées à la synoviale qui se défend fort bien quand on ne la traumatise pas inutilement, les résultats sont en général satisfaisants.

Quant il y a des lésions cartilagineuses ou osseuses, à plus forte raison, quand les coques condyliennes sont intéressées, une immobilisation stricte peut parfois empêcher la diffusion de l'infection locale et éviter une résection de drainage ou une amputation.

Le rôle de l'apport antiseptique par voie artérielle est ici loin d'être inopérant. Notre expérience de l'emploi des sulfamides injectables est trop peu étendue pour que nous puissions en faire utilement état, cependant dans deux arthrites suppurées du genou, streptocoque, l'apport d'une solution de sulfamide injectable que nous avait procuré M. Nitti paru avoir amené une sédation des accidents. La guérison survint, et il fut par conséquent impossible de savoir si les lésions destructives avaient atteint le cartilage diasthrodial ou étaient demeurées cantonnées à la seule synoviale.

En tous cas, dans une arthrite suppurée, la tactique d'urgence nous semble devoir être la suivante : arthrotomie de décharge, de drainage. Recherche de l'identité du germe infectant. Injection intra-artérielle sulfamide au mercurochrome. Mobilisation active si l'on pense que l'injection n'a pas dépassé le stade synovial. Le passage de substance colloïdale du sang, de la synoviale vers la cavité articulaire, ne fait pas de doute, non plus que celle des substances dissoutes (2). L'application de ces données ne saurait être oubliée dans le traitement des arthrites.

Dans les *ostéomyélites* aiguës, nous avons vu la température baisser, la lésion se localiser en apparence après une injection intra-artérielle de mercurochrome ou novocaïne, mais nos résultats ont été moins probants que ceux des chirurgiens portugais. Nos malades, d'autre part, avaient été strictement immobilisés, vaccinés. L'intervention chirurgicale active a été à la fois économique et retardée, mais il nous paraît difficile

(1) Huet et de Fourmestraux. — Les arthrites suppurées du genou, en dehors de la plaie de guerre. Rapport au Congrès français de chirurgie, 1934.

(2) A. Policard. — Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique, p. 121, Masson 1936.

Il n'y a à cette époque, à la Faculté, aucun laboratoire d'enseignement. Dans le seul qui eût été fondé (et qui était destiné à la chimie) il n'y avait pas un seul travailleur ; on l'avait donc fermé.

En somme, il apparaît que l'enseignement est insuffisant si bien que les professeurs libres se multiplient et beaucoup des maîtres du moment ont commencé par enseigner de cette façon, ce qui leur a quelquefois permis de ne pas mourir de faim, car ils font payer ces leçons. Oh ! bien petitement, puisque l'admission au cours professé par Velpeau coûtait 20 francs : un cours complet lui rapportait 400 francs par an.

En 1842, on cite, en dehors des cours professoraux, ceux de Broc (anatomie et physiologie), de Chailly-Honoré et de Depaul (accouchements), de Donné (microscopie), qui est sous-bibliothécaire de la Faculté, etc.

Enfin c'est en 1843 qu'a été exigé pour la première fois le stage hospitalier. Jusque-là les élèves suivaient — ou ne suivaient pas — le service qui leur convenait. Mais l'internat et l'externat existaient bien et ce n'était pas une sinécure. Il y a d'abord, comme centres recherchés, les quatre chaires de clinique médicale et les quatre chaires de clinique chirurgicale. A l'Hôtel-Dieu les titulaires sont Breschet, Roux, Chomel et Rostan ; à Necker, Fouquier ; à la Charité, Velpeau, Andral, Bouillaud ; à la Pitié, Auguste Bérard. Il y a bien aussi les salles de l'hôpital des cliniques, mais Rostan a quitté les siennes et Cloquet aussi, de sorte qu'il ne reste plus dans le bâtiment construit par Orfila, que Paul Dubois, qui a fort à faire pour lutter contre la fièvre puerpérale. A Cochin, les chefs de service les plus courus sont Gendrin et Blache ; à la Pitié, Piorry ; à Necker Bricheteau et Civiale, lequel ne s'occupe que de voies urinaires et notamment de lithotritie ; à Beaujon on suivrait volontiers la visite de Marjolin, s'il venait plus régulièrement et l'on trouve Martin-Solon ; à Saint-Antoine règnent Trousseau et Berard aîné ; à la Maison Dubois, Duméril et Hervez de Chégoin ; à Saint-Louis, Lugol, Cazenave, Devergie et Gibert ; aux Enfants-Trouvés, Baron ; à Lourcine, Bazin, etc.

Pour quelques-uns de ces services, il y a du mérite à être là quand le « patron » arrive, étant donnée l'heure à laquelle la visite commence. Dupuytren avait donné l'exemple qui, hiver comme été, entrait dans la salle Sainte-Agnès à six heures du matin ; les élèves devaient l'attendre rangés en ordre et pour ainsi dire au port d'arme ; les absents étaient notés car le maître donnait l'exemple et entendait qu'il fût suivi.

Cette heure si matinale, Fouquier lui est resté fidèle ; c'est aussi à six heures du matin qu'il commence sa visite : « Tout Paris sait que M. Fouquier professe à la Charité à l'heure où le coq chante pour la première fois » (*Hygie*) ; Trousseau pénètre dans ses salles à sept heures. Les chefs qui commencent leur visite à huit heures sont légion et parmi eu on compte Velpeau. Que diraient de cet horaire nos étudiants d'aujourd'hui ?

d'établir quelle part respective revenait à l'apport antiseptique ou à l'immobilisation sous plâtre.

Dans l'infection du tissu cellulaire, cellulite diffuse, phlegmons diffus ou localisés. — Résultats variables, dès le moment où le tissu conjonctif, le feutrage cellulaire présente des phénomènes de lyse, de transformation purulente, l'antiseptique ne joue sans doute que le rôle d'un corps étranger inopérant. Seul un drainage suffisant peut avoir une action utile.

Infection des synoviales extra-articulaires. — Dans six cas de phlegmons des gaines, où l'angéiothérapie fut pratiquée, humérale mercurochrome avec stase, nous avons l'impression d'avoir limité les dégâts et trois fois évité la section du ligament annulaire. Les résultats fonctionnels éloignés demeurèrent médiocres, ce qui est la règle après mise à plat des gaines radiales ou cubitales.

Dans les gangrènes par artérite, quand il existe une oblitération artérielle évidente, l'angéiothérapie ne peut agir sur la thrombose. Elle a cependant l'avantage de permettre l'amputation sinon en zone saine, du moins en zone moins infectée, et l'affirmation de Leriche, qui conseille alors de ne plus opérer immédiatement celles-ci avant d'avoir réalisé la désinfection intra-artérielle, est tout à fait justifiée.

Maurice Fredet (1) s'est attaché à l'étude du mode d'action de l'angéiothérapie artérielle dans les ulcères variqueux vrais, jusque là rebelles à toute thérapeutique. Il a traité dans notre service une série d'ulcères purs chez lesquels la syphilis avait été écartée avec des résultats très encourageants quand la circulation artérielle restait perméable au voisinage de l'ulcère.

La stase aussi complète que possible, conseillée par Dos Santos (2) est ici tout à fait indiquée et facile. Nous relevons vingt et une observations de *Fractures ouvertes* où l'angéiothérapie fut pratiquée. Il est certain que dans le même temps, les règles classiques du traitement normal, toilette méticuleuse du foyer osseux, avec ou sans synthèse, réduction aussi exacte que possible des fragments, exérèse de tissu atteints, furent pratiqués et qu'il est assez difficile de préjuger du rôle utile de l'apport chimiothérapique par voie vasculaire. Cependant, nous avons l'impression d'une action utile, facilitant la consolidation sans séquelles sévères. Là encore, l'injection avec stase paraît tout à fait indiquée et, comme il s'agit souvent d'une lésion de l'extrémité distale des membres, très facile. En retenant dans les tissus pendant quelques minutes une solution active, on multiplie son action, et on peut réduire les doses. La stase circulatoire peut être maintenue par compression de l'extrémité proximale du membre, pendant dix minutes, compression digitale compression par garrot ou le brassard d'un sphygmomanomètre.

Accidents ou incidents observés. — Dans cette pratique de plusieurs années, et portant sur un nombre important de malades, nous n'avons jamais observé d'incidents graves. Les accidents constatés par Goinard chez un malade en mauvais état général, paraissent dûs à l'emploi d'un liquide hypertonique, solution hydro alcoolique de violet de gentiane Cunha Lamas, dont la pratique est étendue, dut faire une ligature pour assurer l'hémostase dans une artérite syphilitique. Il s'agissait d'un malade analogue dans une observation de Maurice Fredet, vieillard athéromateux porteur d'un ulcère de jambe rebelle à tout traitement. A la suite de la piqûre, apparition d'une légère dilatation pulsative de fémorale. Il est probable ici que quelques gouttes de liquide avaient pénétré dans une paroi artérielle particulièrement friable.

L'apparition d'une diarrhée profuse avec poussée fébrile pendant quelques jours a été observée. Nous l'avons vue coïncider avec une coloration plus ou moins accentuée diffuse ou en placard des membres intéressés.

Chez huit malades, où elle mit quelques jours à disparaître, le taux de l'urée sérique dépassait le seuil et, dans deux cas, était à 0,75 et 0,85. Accidents d'intolérance liés sans doute à une perméabilité rénale fâcheuse, qu'il ne faut pas confondre avec la coloration cantonnée au membre injecté, et qui apparaît elle, comme un test de non-perméabilité artérielle périphérique, coloration qui peut donner le change du reste, avec l'aspect d'une lymphangite réticulaire dûe à la lésion initiale.

Il est d'une élémentaire prudence d'utiliser l'angéiothérapie sur un malade couché et qui demeurera décidé un temps insuffisant, et ceci demeure vrai surtout si l'on utilise une solution de novocaïne.

***

Il ne nous paraît pas prématuré de conclure que si l'angéiothérapie par voie artérielle ne constitue pas une panacée universelle dans le traitement des infections diffuses ou localisées, elle se présente comme une méthode simple et qui peut rendre d'utiles services.

(1) M. Fredet. — Traitement des ulcères de jambe par les injections de mercurochrome. Association française de chirurgie, 1937.

(2) R. dos Santos. — Les injections intra-artérielles avec stase dans la thérapeutique des infections. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 15 décembre 1937, p. 1399.

II

L'ACADÉMIE

Voilà vingt-deux ans que l'Académie de médecine existe. Elle siège rue de Poitiers, n° 8 (1). Voulez-vous connaître le local de ses séances ? Le voici irrespectueusement décrit par Caboche (Comet) (2) :

Mon cocher regarde l'enseigne et dit : « c'est celle-là qui m'en a fait faire des courses, quand j'étais aux Pompes funèbres..... »

Je traverse une cour d'une médiocre étendue. Au fond de cette cour, à l'angle gauche, est une entrée des plus mesquinement bourgeoises ; puis un petit corridor en zig-zag ; puis une pièce meublée de tables et de cartons. C'est le bureau de l'Académie, qu'il faut traverser pour arriver au sanctuaire. La salle de l'assemblée ressemble à celle d'un bazar avarement éclairé par un vitrage placé sur le toit. Deux autres fenêtres, percées au dessous des corniches, laissent filtrer jusqu'au public un supplément de faux-jour.

Les murs sont peints en vert... celui de la moisissure. Autour de ces murs sont suspendus quelques bustes de grands médecins : Percy, Ambroise Paré, Portal, etc. J'en ai vu drapés de toiles d'araignée, symbole anatomique de l'arachnoïde, allégorie aussi fine que délicate

Il n'y a pas de lustre au milieu de la salle, six quinquets en tiennent la place : trois pour la droite, trois pour la gauche. Je n'ai pas vu d'Académie moins éclairée.

.....A partir de la tribune du président et de celle des orateurs, que j'ai pris absolument pour deux comptoirs, il y a quelques pieds de distance. Immédiatement après cet espace, que j'appellerai le « parloir » de l'Académie, commence alors la rangée circulaire des bancs sur lesquels siègent cent-soixante membres titulaires, rien que cela !

Evidemment, pour ceux qui fréquentent le beau bâtiment de la rue Bonaparte, qui connaissent la salle des Pas-Perdus majestueuse et la salle des séances si confortable aux fauteuils accueillants, c'était là un piètre local. Même différence en ce qui concerne les académiciens eux-mêmes si l'on en croit cette mauvaise langue de Comet :

J'ai trouvé en général que ces messieurs avaient des toilettes caractérisées par je ne sais quelle indicible friperie. M. le secrétaire perpétuel (1) a perpétuellement sur la tête un bonnet de velours qui a certainement été rouge, mais en vertu de cette vapeur alcaline qui fume sur le crâne de tous les grands génies, la couleur rouge du bonnet prend évidemment une teinte louche tirant sur le bleu.....

La salle des Pas-Perdus actuelle est un excellent exutoire qui permet aux membres de l'Académie d'échanger des conversations particulières, ce qui ne veut pas dire qu'ils écoutent toujours religieusement et silencieusement quand ils sont en séance. C'était bien pire il y a cent ans.

« Je n'ai jamais vu se donner autant de poignées de mains, ni prodiguer tant de sourires, tant de complimenteuses grimaces... Il est difficile de trouver des gens plus papillonnants que les académiciens.

(1) Les journaux du temps disent n° 8. Dureau, l'ancien bibliothécaire, indique au contraire le n° 25 (?)

(2) *Hygie*, 1840, p. 385.

(1) C'est Pariset, dont nous reparlerons plus loin.

Des essais trop peu nombreux encore de sérothérapie permettent cependant d'apporter des conclusions utiles. Dans le traitement du tétanos par voie carotidienne, elle apparaît comme plus efficace que par la voie veineuse rachidienne ou cutanée. L'injection unique et massive de sérum par la carotide nous semble logique. Dans les injections aiguës des membres, les attritions infectées du tissu conjonctif, les cellulites en général, résultats certains. L'agent chimiothérapique le plus efficace nous semble le mercurochrome en solution à deux pour cent.

Nous n'avons pas d'expérience suffisante de l'angéiothérapie par voie aortique pour conclure de façon utile. C'est là une méthode neuve, plus audacieuse en apparence qu'en réalité.

Nous n'avons jamais observé d'accidents graves au cours de nos observations d'artériothérapie. Il ne faut pas se dissimuler cependant que des accidents sont possibles chez des malades présentant une sensibilité vaso-motrice anormale comme dans la maladie de Raynaud où la moindre excitation périphérique produit parfois des artério-spasmes sévères.

Il paraît indiqué dans les cas douteux, suivant le judicieux conseil de Louis Bazy de pratiquer avant d'intervenir une intradermo-réaction à l'adrénaline. Chez les sujets très sensibles, une ou deux gouttes de la solution d'adrénaline à un pour mille, injectée dans le derme produisent une plaque livide qui est parfois fort longue à disparaître. Il est évident alors, que, si l'on ne veut avoir d'accidents, il vaut mieux s'abstenir de toute atteinte de l'artère, qu'il s'agisse d'artériographie ou d'angéiothérapie par voie artérielle.

Diabète leucémique

Par M. **Maurice LOEPER**

Le terme de diabète leucémique est peut-être un peu osé. Il s'applique cependant bien à une abondante glycosurie constatée chez un malade atteint de leucémie myéloïde et par deux fois guéri par la radiothérapie.

Il s'agit d'un homme de 41 ans, Italien, traité en 1939 et 1940 à la Consultation de l'Hôpital Saint-Antoine et dans mon service pour une leucémie myéloïde.

Le nombre des globules blancs était de 200.000, celui des myélocytes et des promyélocytes de 42 %. La rate était énorme et atteignait la fosse iliaque droite. Le foie était moins volumineux et dépassait les côtes seulement de deux travers de doigts.

Dans le cours de la maladie des accidents graves, accompagnés de douleurs et de syncopes, furent occasionnés par des infarctus spléniques et hépatiques dont la saillie était nettement perçue à la seule palpation de la rate.

Tout cela quoique assez rare n'était pas exceptionnel mais ce qui l'est vraiment, c'est au cours des deux séjours hospitaliers l'apparition d'une glycosurie, une première fois 42 à 47 grammes avec 2,44 et 1,53 de sucre sanugin, une deuxième fois de 12 à 16 grammes avec 2,30 et 3,22 de sucre sanguin. L'acétonurie elle-même atteignit un jour un gramme, l'équilibre acido-basique dénota, une fois aussi une chute de la réserve alcaline à 42 volumes.

Ce malade n'était pas diabétique antérieurement. Les urines examinées en 1939 ne contenaient pas de sucre alors qu'il était déjà fatigué. La constatation de la glycosurie fut une surprise du premier examen à la Consultation en mai 1939. Or, cette glycosurie disparut en même temps que s'abaissait la glycémie par une première série d'irradiations. Elle reparut après six mois et disparut encore par une nouvelle série de rayons, et il faut le dire aussi par 10 ou 20 unités d'insuline. La courbe descendante de la glycémie et de la glycosurie fut exactement parallèle lors du premier traitement à la courbe descendante des leucocytes. Elle lui fut encore parallèle au début de la deuxième période de traitement, mais s'arrêta pour se relever et atteindre jusqu'à 600.000 éléments.

Le début de cette glycosurie, son antériorité au traitement, sa sensibilité aux radiations, son parallélisme avec la chute des éléments blancs, montrent bien son rapport étroit avec la leucémie. Il s'agit donc non d'une glycosurie thérapeutique ou fortuite, mais bien d'une glycosurie leucémique ou d'un diabète leucémique.

Un tel cas est exceptionnel. Des chiffres de glycémie un peu élevée ont été certes déjà constatés au cours de la leucémie myéloïde et nous-même avons vu 1,40 et 1,60 dans deux de nos cas. Cette glycémie dépend peut-être parfois de la fonte des leucocytes sur laquelle ont insisté Loiscleur, Polonovski, et de fait, elle peut apparaître aux premières séances de rayons. D'ailleurs, certains corps réducteurs non sucrés peuvent donner le change pour du sucre véritable (Herbert et Bouru). Mais ce sont des glycosuries légères et fugaces. Certains auteurs comme Maltroli ont constaté des hyperglycémies provoquées anormalement élevées et prolongées qui

---

Je les ai vus aller inlassablement d'une place à une autre, se croisant dans tous les sens, se quittant, se reprenant au milieu de cet espace que j'ai appelé le parloir.

La séance est ouverte, le secrétaire annuel donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, puis les discussions commencent. Croyez-vous que ces messieurs se tiennent mieux pour cela ? Ecoutez plutôt :

Cependant les académiciens ne cessent de converser entre eux et de se parler d'un bout de la salle à l'autre à la manière gesticulante des sourds-muets. Le président ne fait pas autre chose que de demander pédagogiquement le silence...

Je trouve donc qu'une réunion de médecins oubliant leur gravité, ainsi que je l'ai vu, est chose bien étrange. Mais ce qui a achevé de me déconcerter, c'est qu'une grande partie des académiciens est restée le chapeau sur la tête, ce qu'une partie du public a imité...

On peut se plaindre encore du bruit qui règne souvent rue Bonaparte, mais tout de même on s'y tient mieux.

Le président est Fouquier, dont nous avons déjà parlé, et qui doit bien faire au bureau avec sa figure sévère et pleine de dignité. Le secrétaire perpétuel est Pariset, né à Grand, près de Neufchâteau en 1770 et qui a été médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais qui est surtout connu par les missions qu'il a remplies à Cadix et à Barcelone pour étudier sur place les épidémies de fièvre jaune. Il en est revenu grand partisan de la contagion en ce chapitre et a tenu bon dans son opinion malgré les critiques que celle-ci lui a values. Il excelle dans l'éloge académique (1) ce qui est une grande qualité pour un secrétaire perpétuel. Il tient cette fonction depuis 1822 après une absence de deux ans pendant laquelle il a été remplacé par Adelon. Le secrétaire annuel est Bousquet, le trésorier Mérat. Il y a même un secrétaire du conseil (fonction disparue depuis lors) qui touche quelques appointements.

Parmi les membres de l'Académie, il y a des illustres, comme le sévère Bouillaud, Velpeau, l'éloquent (d'autres disent « le bavard ») Gerdy, le doyen Orfila, Roux, Breschet, Rostan, etc. A côté d'eux l'assemblée est d'une composition analogue à celle que l'on relève aujourd'hui. La plupart des membres sont des professeurs, des agrégés ; l'Académie tient à n'être qu'une sorte d'émanation de la Faculté, comme Guardia le lui reprochera plus tard et ce que l'on peut regretter encore aujourd'hui. Puis il y a des chirurgiens et des médecins des hôpitaux, beaucoup de médecins militaires (on sort à peine des guerres de l'Empire) comme Larrey, Poirson, Gasc, Ribes, Bégin : des hommes simplement connus ou destinés à le devenir, ou encore des hommes respectés de tous, comme Rayer, Récamier, Villermé, Rochoux, de purs savants comme Serres et Thillaye, des spécialistes de l'urologie, Ségalas, Civiale, Amussat ; des aliénistes comme Ferrus, des spécialistes en eaux minérales comme Patissier ; des pédiatres

(1) Je n'en ai pas moins relevé dans un discours prononcé aux obsèques de Lerrey la phrase suivante : « Devant ces cendres inanimées et cependant éloquentes... » (!)

prouvent aussi un certain trouble appréciable du métabolisme sucré. Mais, dans aucun cas, la glycosurie et la glycémie n'atteignent les chiffres observés dans notre cas et leur persistance et, dans aucun cas, elles ne présentèrent avec la leucémie un rapport si strict et si frappant.

D'ailleurs, l'autopsie de notre malade est venue nous donner la preuve et l'origine de ce diabète.

Le pancréas énorme, 250 grammes, montrait des thromboses vasculaires et veineuses surtout, multiples où les éléments leucocytaires serrés, oblitérant littéralement presque tous les vaisseaux. Peu de globules dans le parenchyme, et fait intéressant, peu ou point d'îlots de Langerhans, un profond désordre, une altération marquée des cellules très rares qui persistaient.

Il n'est pas impossible d'admettre que la thrombose des vaisseaux veineux puisse modifier de façon notable le fonctionnement de l'organe et provoquer, en conséquence, une régression progressive de sa fonction interne.

On comprend que, au moins dans la première phase du traitement, la radiothérapie en faisant fondre les éléments, ait pu momentanément améliorer la glycosurie, mais que pareil phénomène ne se fût produit aux phases avancées.

La lésion pancréatique est d'autant plus intéressante que l'infiltration du pancréas est rare dans la leucémie, contrairement à celle des autres organes, foie, rate, reins, poumons, qui sont des organes au tissu réticulaire abondant et la rareté du syndrome explique par la rareté même des lésions anatomiques.

Il me paraît donc possible de maintenir le diagnostic de diabète leucémique et d'y ajouter cette étiologie : par thrombose du pancréas et pancréatite consécutive.

L'obscurité du syndrome rhumatismal

Par **Auguste LUMIÈRE**

Bien peu d'hommes arrivent à l'âge mûr et poursuivent leur existence dans la vieillesse en échappant complètement au rhumatisme, en conservant le libre jeu de leurs articulations et l'entière souplesse de leurs mouvements.

Les manifestations de la maladie rhumatismale sont si fréquentes et si banales et la variabilité de leurs formes si considérable que leur pathogénie est demeurée dans une complète obscurité. On les classe généralement en deux groupes : les arthrites et les arthroses ; les arthrites, consécutives à des infections aiguës, se traduisent par des symptômes inflammatoires et douloureux locaux, intéressent les tissus avoisinant l'articulation plutôt que le tissu osseux, s'accompagnent de poussées thermiques et de modifications dans les tests biologiques, tandis que les arthroses, conséquences d'états inflammatoires chroniques les plus discrets, évoluent très lentement, ne comportent ni réaction locale aiguë, ni trouble de l'état général, ni modifications importantes des indices biologiques normaux, mais se traduisent habituellement par des proliférations osseuses épiphysaires.

Deux grands caractères communs paraissent attachés aux phénomènes rhumatoïdes :

Ils sont consécutifs à des infections aiguës, dans les arthrites chroniques, dans les arthroses et ce sont les tissus articulaires ou périarticulaires qui en sont le siège ou qui sont lésés.

Une théorie pathogénique du rhumatisme doit, avant tout pouvoir expliquer ces deux remarques capitales qui restent énigmatiques pour les traités classiques.

Or, notre théorie colloïdale, qui nous a déjà permis d'élucider tant de phénomènes biologiques, antérieurement incompréhensibles va encore nous donner la clef de ces énigmes.

1° *Le rôle de l'infection.* — Le bacille de Koch est bien responsable du rhumatisme tuberculeux, alors que le diplocoque de Neisser conditionne le rhumatisme gonococcique, et les infections focales les plus diverses demeurent à la base des réactions douloureuses des articulations. D'autre part, les rapports entre le rhumatisme chronique et les petites infections chroniques de la cavité buccale et naso-pharyngienne ont été nettement établis, principalement par les auteurs anglo-saxons qui ont insisté sur l'importance des infections amygdaliennes et surtout dentaires dans la genèse du syndrome rhumatoïde.

Or, dans toutes ces infections, aiguës ou chroniques, les microbes pathogènes qui végètent avec les muqueuses ou au sein des tissus, sécrètent des toxines qui se répandent dans l'organisme et qui ont la propriété de précipiter lorsqu'elles entrent en contact avec le plasma sanguin.

Il n'est pas douteux que le torrent circulatoire charrie, dans ces cas, des particules solides, en grand nombre si la pullulation microbienne est intense, c'est-à-dire si l'infection est aiguë et en faible quantité s'il s'agit d'infection chronique.

Ces précipitations plasmatiques qui sont, comme le montre

---

comme Baron ; des journalistes comme Réveillé-Parise ou Isidor Bourdon ; de simples praticiens (chose présentement rare) comme Jolly, Hamel, Collineau et jusqu'à un stomatomogiste avant le mot, Oudet. Il ne manque pas, d'ailleurs, de personnalités dont le nom ne nous dit plus absolument rien ; ne citons personne pour ne pas désespérer leurs descendants. Il y a aussi des membres libres sur lesquels je me tairai, en ayant copieusement parlé il y a peu. Parmi eux on peut cependant citer Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire, Thénard, Arago Brongniart, Chabrol, Edwards (Milne). Beaucoup d'entre eux ne viennent guère à l'Académie.

De quoi parle-t-on, sur quoi discute-t-on, dans la « tanière » de la rue de Poitiers, pour dire comme Trousseau ? Un peu de tout, naturellement, mais certains sujets s'imposent. En cette année 1811-1812 il est fortement question de la fièvre jaune, à propos surtout de deux épidémies qui ont sévi à la Nouvelle Orléans et à la Martinique ; on a également abordé la question de la morve aiguë chez l'homme à l'occasion de plusieurs cas mortels. C'est encore l'année où Ricord est venu soutenir la dualité de la blennorragie et de la syphilis, ce qui n'a pas passé comme une lettre à la poste. Hamont a protesté contre l'entraînement des chevaux de courses qui lui paraît une monstruosité. Et surtout on a parlé de la ténotomie sous-cutanée, que Jules Guérin veut appliquer à cent déformations anatomiques ; on en a même tellement parlé qu'il a fallu des séances supplémentaires pour épuiser la discussion qui, commencée le 10 octobre 1812, ne s'est terminée que le 31 décembre et à laquelle ont pris part des hommes comme Bouvier, Velpeau, Gerdy, Amussat, Blandin, Paul Dubois. On a parlé aussi de phrénologie et Bouillaud a fait de Gall un éloge dont il y aurait beaucoup à dire.

Et, bien entendu, pendant ce temps se poursuivaient les éloges funèbres des Académiciens passés de vie à trépas pendant les douze mois de l'année, ainsi que les élections de membres nouveaux.

Il est à signaler que lorsqu'un médecin non membre de la savante Compagnie a présenté un travail intéressant ou du moins qui intéresse spécialement quelqu'un de l'assemblée, ce travail est l'objet d'un rapport qui souvent amorce une discussion sérieuse. Cela ne se voit plus guère de nos jours, et c'est dommage. C'est ainsi qu'est née d'une communication de Jules Voisin la grande discussion sur la phrénologie. Par ailleurs on entend aussi des travaux sur l'histoire de la médecine, par exemple un mémoire de Malgaigne sur l'anatomie et la physiologie d'Homère ou des études philosophiques comme celle de Rochoux sur les principes de philosophie naturelle appuyés sur les observations microscopiques.

En lisant tous ces mémoires et toutes ces communications, on ne peut pas ne pas être frappé par le souci des orateurs de ne parler qu'une langue châtiée, de soigner leur style, de faire au moins des efforts vers l'éloquence ? *Quantum mutatus*...

Il y a à cette époque à l'Académie une commission chargée d'étudier les remèdes secrets qu'on lui propose afin de savoir si l'on peut ou non leur donner l'estampille académique. On

notre théorie colloïdale, le *primum movens* du dérèglement de l'équilibre sympathique et des troubles pathologiques fonctionnels, sont aussi la cause la plus prochaine des syndromes rhumatoïdes dont le mécanisme est alors le suivant :

2º *Pourquoi les articulations sont-elles le siège des manifestations rhumatismales ?*

La raison en est fort simple : les précipités circulants viennent forcément échouer, de préférence, dans les territoires où le courant sanguin subit un ralentissement ; or, les vaisseaux qui irriguent les tissus dans les régions articulaires ne suivent pas des trajets rectilignes comme dans les autres portions des membres ; pour alimenter tous les replis de l'articulation, ils sont coudés, flexueux, ramifiés, en sorte que la vitesse d'écoulement du sang à leur niveau est fort diminuée ; en certains points, c'est presque une stagnation et l'on comprend que les particules solides contenues dans la masse sanguine se déposent dans ces territoires périarticulaires.

Un témoin non douteux de la stase sanguine est l'abaissement de température des téguments, qui est surtout manifeste au niveau des coudes et des genoux.

Ce sont donc les corps étrangers inclus dans les tissus qui provoquent par leur action irritative, tous les phénomènes fonctionnels ou lésionnels constituant les différentes formes de rhumatisme.

Moulonguet et Mikaïlesco ont, d'ailleurs, réussi à reproduire les lésions typiques du rhumatisme déformant en introduisant dans les articulations, chez le lapin, une pulvérisation d'os extrêmement ténue.

3º *Comment les particules solides occasionnent-elles tantôt des arthrites, tantôt des arthroses ?*

Si le point de départ des accidents est une infection aiguë, les floculats formés se déposent en abondance dans les tissus périarticulaires et ces particules étrangères sont autant de point d'appel pour les leucocytes dont l'afflux considérable entraîne et constitue l'état inflammatoire . c'est l'arthrite aiguë qui survient.

Par contre, les précipitations minimes, résultant d'infections discrètes, déposées au niveau des articulations n'attirent qu'un nombre insuffisant de macrophages pour déterminer la réaction inflammatoire, mais elles provoquent une légère irritation chronique qui se traduira par la production lente de tissus fibreux ou d'ostéophytes suivant qu'elle portera sur les parties molles ou sur le squelette, conduisant ainsi aux arthroses.

On voit, en somme, que les arthrites et les arthroses relèvent d'un même mécanisme, la différence des formes ne provenant que du degré d'intensité des phénomènes qui entrent en jeu.

L'action des précipités plasmatiques est générale et leurs effets, aussi bien dans la génèse des autres maladies fonctionnelles que dans le rhumatisme, dépend de leur forme et de leur abondance, plutôt que de leur nature ; aussi les infections ne sont-elles pas les seules causes des troubles rhumatoïdes ; tous les autres cas, dans lesquels des floculations plasmatiques prennent naissance peuvent déterminer des phénomènes analogues, notamment les intoxications, les disfonction- organiques ou endocriniennes, les états anaphylactiques, es il en est de même lorsque certains produits insolubles out extrêmement peu solubles, comme les urates, viennent à se former dans l'organisme.

4º *Les énigmes du rhumatisme.*

Notre conception apporte des clartés certaines sur un certain nombre de phénomènes obscurs concernant le syndrome rhumatismal.

La multiplicité des formes de la maladie, notamment, s'explique aisément si l'on considère la variabilité des facteurs qui interviennent dans la génèse de l'affection : les précipités responsables sont, en effet, d'une extrême diversité, non seulement dans leur texture, leurs propriétés chimiotactiques, mais aussi dans l'allure de leur production, leur abondance, etc. les conditions de leur dépôt dans les tissus diffèrent également suivant les dispositions anatomiques et suivant la vasomotricité des régions où s'arrêtent les floculats. La leucopénie ou l'hyperleucocytose, les propriétés macrophagiques des cellules blanches, peuvent également jouer un rôle dans le phénomène dont les modalités sont ainsi éminemment polymorphes.

Grâce à notre thèse, on peut encore comprendre pourquoi des causes en apparence très disparates sont susceptibles d'engendrer le même état rhumatoïde : c'est que ces causes présentent la propriété commune de provoquer la floculation.

Nous expliquons encore cette curieuse constatation qui ne semble pas avoir été remarquée jusqu'ici et que nous relevons en examinant les nombreuses radiographies de rhumatisants : les proliférations ostéophytiques de la colonne vertébrale, souvent désignées sous le nom de becs de perroquet, siègent, dans la grande majorité des cas, sur le bord droit des articles rachidiens et cette prédominance peut-être rattachée à une différence dans l'irrigation sanguine des deux bords droit et gauche du rachis, comme le montre l'asymétrie des vaisseaux et notamment du réseau veineux dans les territoires de la petite et de la grande veine azygos.

Cependant la maladie comporte encore d'autres énigmes dont l'étude fera l'objet d'un travail ultérieur.

En attendant, nous pouvons constater l'accord de notre thèse avec les principaux phénomènes concernant le syndrome rhumatismal.

---

n'a pas idée des innovations présentées ; elles sont à la fois nombreuses et trop souvent burlesques. La plupart du temps, d'ailleurs, l'Académie n'en fait aucun cas, ne les nomme même pas et renvoie les auteurs à leurs combinaisons ou à leurs rêveries. Il y a bien de temps en temps un de ces remèdes qui franchit l'obstacle, comme les préparations au lactucarium ou le sirop d'asperge, mais la chose est infiniment rare. Les communications de ce genre, destinées à documenter et à enrichir plus tard des prospectus de pharmaciens sont sans doute plus nombreuses aujourd'hui où la commission des remèdes secrets a vécu.

En somme — et le recul du temps aidant — à ne lire que les comptes-rendus, l'Académie donne à cette époque l'impression d'une assemblée des plus prestigieuses où des hommes compétents se donnent beaucoup de mal pour étudier consciencieusement et avec goût des problèmes difficiles et pour les résoudre au mieux des progrès de l'art. Pourquoi faut-il que les journaux du temps, pleins de révérence cependant à l'égard des plus marquants des membres, viennent trop souvent jeter une douche d'eau froide sur notre enthousiasme respectueux en éclairant parfois crûment les dessous de discussions dont le caractère scientifique s'estompe dès lors à nos yeux, en révélant des intérêts particuliers qui n'apparaissaient pas dès l'abord et en nous ramenant dans des sphères plus modestes ? Pourquoi faut-il qu'ils nous montrent aussi que ces séances, en apparence graves et sereines, sont souvent houleuses et dépourvues de cette dignité qui, à la lecture, semble planer sur le Temple ? Il y eut, à cette époque, telle séance où l'on s'occupa des empoisonnements par l'arsenic et où le diapason de la discussion monta à des hauteurs heureusement inaccoutumées ; telle autre sur le bégaiement dont *Hygie* parle en ces termes : « L'Académie a célébré le Mardi-gras par une séance vraiment de circonstance ; on s'est jeté à la tête des vérités d'une énergie tout à fait pittoresque... Les épithètes d'infâmes, d'imposteurs, d'industriels, se sont croisées avec une vivacité dont la volubilité des malins et poissardes qui possèdent le mieux le catéchisme de Vadé n'eût pu approcher dans les carrefours et sur les boulevards ». La discussion sur le magnétisme animal mérite à son tour cette mention : « Bruits étourdissants, tumulte interminable, on n'entend qu'à peine la sonnette que le président agite sans cesse ». On lit enfin fréquemment une note dans le genre de celle-ci : « La séance a fini comme elle avait commencé, au milieu du bruit et du désordre le plus confus ».

De nos jours on discute de façon plus courtoise. Il est vrai qu'il n'y a plus guère de discussions à l'Académie.

Henri Bouquet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1941

Traitement actuel de la gale. — *MM. Leroux* et *Pignot.* — Pendant l'annee 1941, plus de 60.000 malades ont été soignés à l'hôpital Saint-Louis dont plus de 8.000 au cours du seul mois de décembre. La moyenne annuelle de 1921 à 1938 inclus était inférieure à 5.000.

Les corps gras manquant le plus souvent et le benzoate de benzyle se faisant rare, on peut recourir avec avantage aux préparations qui sont maintenant en service où le soufre et ses composés minéraux restent l'élément actif mais dont le support est constitué par une argile colloïdale.

Ces silicates connus sous le nom de « Bentonites » sont des argiles savonneuses qui absorbent un grand nombre de fois leur volume d'eau en prenant la forme gélatineuse. Des gisements se trouvent en Dordogne, en Algérie, au Maroc. Certaines argiles bentonitiques conduisent par traitement spécial à des produits fort intéressants tel le clarsol qui par gonflement au contact de l'eau, peut atteindre jusqu'à vingt fois son volume initial. Avec cette dernière argile MM. Leroux et Pignot ont reconstitué les formules d'Helmerich et de Milian, en excluant absolument tout corps gras, et désignant les préparations ainsi obtenues sous le nom de : » Pâte à l'eau d'Helmerich » et « Pâte à l'eau de Milian ».

Ces nouvelles preparations peuvent s'appliquer après un savonnage et un bain. Un bon procédé consiste d'ailleurs à étaler la pâte en une couche mince mais continue sur le malade sortant du bain et non essuyé. Au bout de peu de temps, le sujet se trouvant recouvert d'une pellicule sèche et adhérente peut se rhabiller : après 24 heures ou mieux 48 heures, il suffira d'opérer un simple lavage a l'eau.

Cette médication qui a donné d'excellents résultats ne dispense pas de la désinfection des vêtements, du linge et de la literie.

Etude biochimique de l'action de la vitamine C sur la réparation des fractures osseuses expérimentales. — *MM. Jean Roche* et *Mme Raphaële Martin-Poggi* ont etudie le rôle de l'acide ascorbique dans la réparation des fractures par des expériences poursuivies sur le cobaye.

De leurs recherches, ils tirent les deductions suivantes au sujet de l'utilisation thérapeutique de la vitamine C dans le traitement des fractures. L'acide ascorbique agissant, même à dose insuffisante pour couvrir le besoin total d'un organisme, on ne peut espérer tirer un bénéfice certain de son emploi que chez des sujets en hypovitaminose assez marquée. Enfin, la spécificite de son action sur la formation du cal conjonctif pose l'indication du temps et l'évolution de la fracture à laquelle il convient de l'administrer. Il n'est efficace que sur la periode initiale de la réparation et l'on ne saurait en attendre une amélioration de la calcification proprement dite, mais seulement une accélération et peut-être une régularisation de la formation du cal chez les sujets carencés.

Sur une prescription nécessaire conditionnant la salubrité des locaux d'habitation. — *M. Pierre Joannon* déplore l'exiguité habituelle des cours dans la plupart des villes, et, pour éviter cette tare aux immeubles neufs, demande qu'à l'avenir, par une prescription à introduire le plus tôt possible dans tous les règlements sanitaires départementaux, les baies des pièces d'habitation donnant sur un espace libre intérieur disposent de vues directes dont la longueur ne se trouve jamais inférieure à la hauteur des façades limitant les dites vues.

Observations recueillies au cours d'une année d'inspection médicale scolaire (décembre 1940-octobre 1941). — *M. F. Duguet.*

Séance du 13 janvier 1942

La valeur de la présence ou de l'absence du bacille de Koch dans les crachats pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Bases générales de la discussion. — *M. Sergent.* — 1° La présence de bacilles de Koch permet seule d'affirmer la nature d'une lésion bronchopulmonaire, à moins que le bacille n'ait pénétré par effraction d'une infection de voisinage.

2° Si elle ne s'accompagne d'aucun signe physique ou fonctionnel, la présence de bacilles ne suffit pas à affirmer sans discussion l'existence d'une lésion tuberculeuse.

3° L'absence de bacilles dans l'expectoration ne suffit pas à rejeter le diagnostic de tuberculose. La tuberculose fermée n'est pas un mythe.

4° L'absence répétée de bacilles de Koch dans les crachats doit faire rechercher une autre lésion simulant la tuberculose.

Absence de bacilles dans les crachats malgré l'existence de lésions pulmonaires, chez l'adulte. — *M. Rist,* étudiant cette question en 1923, avec M. Ameuille, avait conclu que la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration est le seul signe de certitude de tuberculose pulmonaire. Le bacille doit toujours être recherché par les méthodes les plus efficaces. Seul le résultat négatif de l'inoculation au cobaye permet d'affirmer l'absence de tuberculose.

Dans la tuberculose commune de l'adulte, on retrouve l'expectoration bacillifère dès la première apparition des signes radiologiques. Mais il y a des tuberculoses indiscutables dans lesquelles n'existe pas ce signe de certitude :

1° La tuberculose miliaire hématogène où en principe les granulations sont fermées.

2° Les lesions de la cavité aérienne, exclues par occlusion de la bronche qui les draine.

3° Les cas où les produits pathologiques sont maintenus par leur densite dans la cavite alvéolaire, surtout chez les enfants primo-infectés.

Si la recherche méthodique des bacilles échoue, il faut rechercher d'autres lesions, non tuberculeuses, dont il importe de faire la preuve par tous les moyens à notre disposition, pour ne pas les meconnaître en présomption d'une tuberculose fermée. Le diagnostic de tuberculose ne doit donc être admis que par exclusion.

Actuellement, la recherche des bacilles de Koch s'est encore perfectionnée. La proportion des cas où on les retrouve au début a beaucoup augmenté.

Mais d'autre part, ces dernières années, on a pu observer plusieurs cas de maladie kystique, qui, par le polymorphisme de ses lesions, a été souvent confondue avec la tuberculose ; et on a mis en évidence les lésions pulmonaires de la maladie de Besnier-Bœck qui sont souvent analogues à la tuberculose.

Aussi, s'il ne s'agit pas de tuberculose, c'est peut-être une maladie que nous ne connaissons pas encore.

Enfin il est des cas indiscutables de tuberculose fermée, la silico-tuberculose qui, par sa structure même, s'oppose à l'expectoration de bacilles ; et surtout la primo-infection tuberculeuse de l'adulte, qui passa souvent inaperçue ; la recherche de bacilles est alors absolument infructueuse.

En conclusion, on ne doit admettre la nature tuberculeuse d'une lesion pulmonaire qu'avec une extrême prudence, quand on ne peut en faire la preuve par la mise en évidence de bacilles.

Considérations cliniques chez l'enfant. — *M. Ribadeau-Dumas* insiste d'abord sur la difficulté d'obtenir l'expectoration : on peut la recueillir au fond de la cavité pharyngée au moment des quintes de toux, mais il est preférable de rechercher les bacilles dans le contenu gastrique le matin à jeun. C'est quelquefois difficile, aussi faut-il faire plusieurs recherches.

Lorsque la tuberculose est ulcéreuse, même dans la première enfance, on trouve toujours un résultat positif dans la cavité gastrique. Pour la primo-infection, les résultats sont positifs dans 60 % des cas.

Il arrive même que l'on trouve des bacilles tuberculeux sans aucune lesion pulmonaire apparente, par exemple dans des cas d'érythème noueux.

A l'opposé, des cas avec fièvre, lésion pulmonaire évidente et cuti-réaction positive ne décèlent pas de bacilles de Koch dans le contenu gastrique.

Chez les grands enfants, on a trouvé la présence de bacilles sans signes cliniques. Quelle conclusion en tirer au point de vue prophylactique ? C'est difficile. Faut-il isoler ces enfants ? Ce qui doit guider, c'est surtout la cuti-réaction et l'âge des enfants.

En résumé, la constatation de bacilles de Koch dans l'expectoration apporte pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire une grosse précision si l'on élimine les causes d'erreurs. Mais il ne faudrait pas rejeter les autres procédés d'exploration. Le plus important est de savoir si la tuberculose est évolutive; c'est dire l'importance de la cuti-réaction, élément fondamental essentiel.

La présence de bacilles tuberculeux dans les crachats implique-t-elle l'existence d'une lésion pulmonaire ? — *M. Fernand Bezançon*. — La publication de quelques observations démontrant la présence de bacilles de Koch dans les crachats sans signes radiologiques appréciables ne diminue en rien la valeur fondamentale de la constatation de bacilles.

Il existe des cas, rares d'ailleurs, de tuberculose *a minima*, où il est probable qu'il s'agit de « tuberculose occulte à expectoration bacillifère », c'est-à-dire de cas qui se déroulent dans une atmosphère de tuberculose, comme le révèlent les antécédents, l'évolution, l'histoire clinique; le nombre de ces cas diminue au fur et à mesure qu'on multiplie les examens radiographiques en positions diverses et qu'on utilise la tomographie.

De ces tuberculoses occultes, on doit rapprocher les nombreux cas où l'on trouve des bacilles accidentellement : au cours de suppurations broncho-pulmonaires, de pneumonies, de lymphogronulomatose maligne, de cancer, et ceux où il y a une decharge de bacilles, quelquefois même assez prolongée, à la suite d'une injection de vaccin, d'une insolation prolongée, d'une ingestion d'iodure. On a pu prononcer, dans ces cas, le terme de « bacilles de sortie ».

Existe-t-il des porteurs sains de bacilles tuberculeux, comme il y a des porteurs de germes ? M. Bezançon rappelle les observations de Sergent et Durand et les recherches anciennes de Strauss. Il n'a pu constater de bacilles dans le rhinopharynx de personnes vivant au contact des tuberculeux. Il croit au faible rôle des poussières dans la transmission de la tuberculose, celle-ci étant due à une contagion directe par les crachats humides ou les mucosités bacillifères projetées.

Existe-t-il enfin des « cracheurs sains de bacilles » ? M. Bezançon rappelle les recherches de M. Meerssman dans l'armée et sa constatation, d'ailleurs très rare d'individus complètement sains chez lesquels il a été accidentellement trouvé des germes dans l'expectoration.

Il montre pour terminer que, scientifiquement, il est démontré, par les constatations bactériologiques et par l'expérimentation, qu'on peut trouver des bacilles dans un parenchyme sain et que, comme l'a dit Guérin, le terme de porteur sain, qui n'est pas sans effrayer quelque peu le médecin, est admis par le vétérinaire.

Du point de vue thérapeutique, on fera de grandes distinctions entre les tuberculeux avérés et les malades atteints de tuberculose occulte et les dits porteurs sains. Pour les malades atteints de tuberculose occulte, une mise en observation et une cure de repos relative s'impose ; pour les cracheurs sains, une simple surveillance.

On n'oubliera pas que les malades, tant qu'ils sont émetteurs de bacilles, doivent être considérés comme contagieux.

Elimination et dissémination des bacilles tuberculeux dans les crachats. — *M. Boquet* estime à 200.000 000 le nombre des bacilles éliminés chaque jour par un tuberculeux. D'autres auteurs ont parlé de 130.000.000, voire de 894.000.000 et plus.

Si l'on considère que les bacilles conservent leur vitalité, à l'abri de la lumière et de la dessication pendant quinze jours environ, on voit quelle effroyable accumulation de matières virulentes peut se produire autour des malades qui ne prennent aucune mesure hygiénique.

Les poussières, suivant leur densité, déposent ces bacilles soit dans les premières voies respiratoires, soit dans les alvéoles. Des sujets peuvent les héberger impunément, mais toujours ces bacilles présentent un danger d'inoculation.

C'est pourquoi il importe d'assurer la destruction des bacilles dans tous les locaux habités ou fréquentés par les phtisiques.

M. Sergent propose de renvoyer à une date ultérieure la discussion qui doit suivre ces communications.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1942

A propos du traitement du cancer du col de l'utérus. — *M. Roux Berger* apporte la statistique de l'Institut Curie portant sur 1360 cas. La curiethérapie intra-cavitaire a donné 60 % de guérisons éloignées. Ce mode de thérapeutique, aidé de la roentgenthérapie est donc préférable à l'hystérectomie dont les résultats n'ont pu être suivis aussi longtemps dans les relevés de M. Wilmoth.

Rôle de la chirurgie dans le cancer du col utérin. — *M. Leclerc* a eu sur 27 cas 59 % de guerisons après cinq ans. Il pense que l'hystérectomie a sa place après radiumthérapie intra-cavitaire.

Hystérectomie vaginale. — *M. J.-L. Faure* félicite M. Rouhier de son plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale. Cette technique opératoire facilitée par la pose de pinces « à demeure » doit être conservée.

Volvulus de l'anse ombilicale. — *M. Soupault* rapporte une observation de M. Bergouignan concernant, après intervention pour lipome du mésocolon, la torsion de l'anse ombilicale. La détorsion amena la guérison.

Lithiase mammaire. — *M. Wilmoth* rapporte ce travail de M. Coudray Une femme présentait de veritables « coliques » mammaires. Leur cause était un calcul de galalithe obstruant un galactophore où on pouvait le palper.

Anesthésie au cyclopropane. — *M. Trenel* (M. BANZET rapporteur) utilise cet anesthesique chez les malades préparés par une pré-anesthésie au rectanol. Il n'a observé aucun incident hémorragique, mais pense que l'emploi de ces narcoses doit être fait par des spécialistes.

Plusieurs académiciens discutent l'association de cyclopropane et de rectanol qu'ils condamnent en général et qui risque d'entraîner des pauses respiratoires inquiétantes.

Enclouage radioscopique du col du fémur. — *M. Rocher* utilise l'anesthesie de base au scophédal, puis pratique la réduction de la fracture sur table orthopédique sous contrôle radioscopique. Un cliché radiographique précise la situation de profil des fragments. L'intervention se termina donc rapidement.

M. Mathieu pense qu'il est très difficile de repérer par la scopie la situation des fragments et leur réduction.

Un cas d'avortement provoqué. — *M. Métivet* s'élève contre la pose des laminaires responsables souvent d'accidents sévères. Le curage digital ne vaut pas le curetage plus précis.

M. Mondor s'étonne qu'en 1942 les complications du curetage soient encore si peu connues.

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 janvier 1942

De l'existence d'une myopathie basedowienne. — *MM. Devic, Froment, Jeune* et *Devern* (de Lyon, présentés par M. Mollaret) confirment le rôle possible du corps thyroïde sur la fibre musculaire en montrant l'association d'une maladie de Basedow et d'un syndrome musculaire. L'exérèse du corps thyroïde pratiquée dans ce cas amena l'amélioration du syndrome basedowien, mais aussi la régression et presque la guérison de la myopathie.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Hémorragie cérébrale et neuro-chirurgie

Dans le domaine de la pathologie réputée incurable — et *l'hémorragie cérébrale* en fait partie — il ne faut accepter les nouveautés thérapeutiques qu'avec une extrême réserve ; les rejeter *de plano* est faire œuvre de cette routine et de cette étroitesse de vue dont les annales médicales nous fournissent, à longueur de siècles, des exemples renouvelés qui ont souvent tourné à la confusion souvent posthume de certains esprits rétrogrades et entêtés.

Le *traitement chirurgical* de l'hémorragie cérébrale spontanée a hanté depuis longtemps déjà l'esprit des neurologues de tous les pays mais n'est jamais jusqu'ici entré *dans le domaine pratique*. MM. Lhermitte et Guillaume viennent de remettre un tel problème en question à l'occasion de deux observations personnelles extrêmement suggestives.

Avant de discuter les indications opératoires de l'hémorragie cérébrale il convient d'abord de mettre l'accent sur le fait qu'un tel accident est dans la règle *l'aboutissant* plus ou moins précoce d'un *état pathologique complexe* souvent entaché d'hérédité, dans lequel *l'hypertension artérielle* est le signe qui attire l'attention avec son *taux très élevé* et joue un rôle déclanchant de premier plan avec ses dangereux à-coups mais il s'y surajoute en association morbide les lésions dégénératives ou scléreuses du système cardio-aortique, des reins et de nombreux viscères par le truchement du système vasculaire adultéré. Les tares multiples de tels malades augmentent en tout temps dans une notable mesure *la gravité des interventions cérébrales* dont ils sont justiciables et bien davantage encore si on est obligé d'intervenir dans les circonstances qui nous occupent en plein déséquilibre vaso-moteur, *à chaud* pourrait-on dire. Une telle remarque préliminaire souligne assez à notre sens la prudence dont il faut faire preuve devant de telles éventualités.

Il est d'abord *tout un groupe de faits* — malheureusement de beaucoup les plus nombreux — que leur seul aspect clinique et leur rapidité évolutive *classent d'emblée au-dessus des ressources de la neuro-chirurgie. Début brutal* avec *ictus* et chute qu'il convient de se garder d'incriminer comme la cause des troubles ultérieurs, coma presque immédiat, paralysie massive précoce, importance des signes de dérèglement des centres neuro-végétatifs, tout indique, et à chaque instant, que nous ne sommes pas maîtres de la situation et que le drame va se jouer devant nous et sans nous en quelques heures, en quelques jours au plus. Et il suffit de regarder le cerveau à l'autopsie pour nous rendre compte par la quantité de sang épanché, par l'état de tout le parenchyme cérébral avoisinant, que notre intervention n'eut été qu'un leurre.

Mais au cours de quelques autres vérifications on se trouve en présence de poches sanguines intracérébrales bien collectées, à parois saines et qui ont refoulé le tissu nerveux davantage qu'elles ne l'ont dilacéré.

Il semble qu'on puisse actuellement repérer en clinique « *ces cas possibles* » *rares*, disons-le, avec une approximation suffisante pour légitimer l'intervention.

On y retrouve la brusquerie du début des accidents artériels mais *l'ictus est moins brutal*, la perte de conscience moins absolue et surtout, en quelques heures, cette *inconscience va s'atténuer* pour faire place à un *état lucide* teinté parfois de confusion légère mais permettant au sujet de s'extérioriser. Un semblable *intervalle libre* qui peut se prolonger des jours, voire une et deux semaines va se meubler de deux ordres de signes qui vont eux-mêmes évoluer avec des éclipses passagères vers une *aggravation progressive*.

1° *Des signes focaux* sous forme *d'atteinte pyramidale* discrète (un simple signe de Babinski) et parcellaire au début (paralysie faciale de type central, monoplégie) qui se complètent par la suite pour constituer une véritable hémiplégie... sous forme *d'hémianopsie* par atteinte des radiations optiques dans la région temporo-occipitale.

L'importance d'un tel syndrome focal est considérable eu égard à sa valeur localisatrice, car ce sera un des seuls guides pour l'intervention.

2° Des *signes d'hypertension intracranienne* qui se manifestent au premier chef par une *céphalée* très vive parfois généralisée mais *souvent localisée* au niveau de la région où s'est produit l'épanchement de sang (autre bon signe localisateur).

La preuve d'une pareille hypertension est administrée par la constatation au niveau des papilles optiques, suivant les cas soit *d'hyperhémie papillaire* avec ou sans dilatation des veines soit de *stase papillaire* constituée. Les *examens oculaires en série* en montrant la progression de la gène circulatoire de la papille ont davantage de poids qu'un examen isolé au cours duquel il faut éliminer la possibilité de troubles préexistants comme il n'est pas rare d'en observer (y compris l'œdème péripapillaire) chez les grands hypertendus artériels céphalgiques.

Les jours passant, très vraisemblablement sous l'influence d'un *œdème réactionnel* autour de l'hématome, l'obnubilation entre en scène à nouveau. Le sujet ne répond plus aux questions, la torpeur se fait plus envahissante et va, si on n'intervient pas, se muter en un véritable coma. Ici, les signes de dérèglement vaso-moteurs manquent ou sont tardifs.

On voit que la dominante d'un tel tableau est la note hypertensive à marche subaiguë. On a l'impression d'un *processus tumoral* s'extériorisant avec rapidité et, à vrai dire, il semble que souvent ce soit ce point de vue de la question qui ait dicté le geste thérapeutique.

Une telle modalité d'hémorragie cérébrale mérite bien le nom de *forme pseudo-tumorale*. Il peut même arriver qu'on voit le malade loin des accidents initiaux (des mois) pour un syndrome d'apparence tumorale dont seule l'intervention montre la nature exacte.

A l'opposé du cas précédent l'intervention, par la découverte d'un kyste hématique, peut faire croire à une hémorragie cérébrale spontanée alors qu'il s'agit d'un saignement au sein d'une néoplasie en évolution.

La difficulté de diagnostic la plus grande et aussi la plus sérieuse, car il représente un cas type de *noli me tangere*, est le *ramollissement cérébral*. Il n'existe à la vérité qu'un critère certain en faveur de l'hémorragie, c'est la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien ; une telle constatation n'est malheureusement pas constante.

A l'heure actuelle *l'indication opératoire* majeure dans l'hémorragie cérébrale est fournie par la variété clinique dont nous venons d'ébaucher les symptômes.

Dans l'appréciation des possibilités opératoires on fera entrer en ligne de compte, avec un certain battement, *l'âge*, le taux tensionnel et les tares viscérales. Les conditions favorables sont réalisées par les sujets au-dessous de 50 ans ayant moins de 24 de tension maxima et moyennement scléreux. La *condition optima*, rare, sera le sujet jeune indemne d'artériosclérose et dont l'hémorragie, d'étiologie obscure s'explique provisoirement par une *spéciale fragilité artérielle*.

Les contre-indications sont l'âge avancé, la tension artérielle très forte, l'insuffisance cardio-rénale avérée et les dégénérescences artérielles avancées visibles sur l'écran du fond d'œil sous forme de *capillarites* et *d'hémorragies*.

Etant donnée la gravité sur laquelle on ne saurait trop revenir des opérations cérébrales chez de tels malades, il convient *techniquement d'aller à l'économie* et de traumatiser le moins possible. Pas de grand volet ostéoplastique mais un trou de trépanation juste suffisant pour explorer les circonvolutions sous-jacentes d'où la nécessité d'un diagnostic de localisation le plus approché possible et on ne doit pour cela ne compter que sur la clinique car il faut bannir les épreuves instrumentales comme l'artériorgaphie ou surtout la ventriculographie. Après l'avoir repéré, on vide le foyer par curetage et aspiration et si l'on peut attendre plus de dix jours (Bagley) on utilise l'aspiration seule moins traumatisante car après ce moment le caillot s'est liquéfié. Il convient de soigner particulièrement l'hémostase.

Dans les cas heureux on assiste ensuite à une rétrocession rapide des signes généraux et locaux. Seuls ne persisteront

que les signes en rapport avec la destruction du tissu nerveux. Le pronostic opératoire est fonction du choix strict des cas. Il est possible qu'un avenir, que nous souhaitons proche, élargisse les indications encore très rigoureuses.

Le traitement neuro-chirurgical de certains cas rares très spéciaux d'hémorragie cérébrale et nous réitérons notre insistance limitative actuelle n'est qu'un traitement palliatif d'urgence : il sauve la vie du sujet menacée par l'accident cérébral en cours. Le pronostic lointain est celui de la maladie et des tares multiples qui ont engendré un tel accident.

D J.-A. CHAVANY
Médecin de l'Hôpital N. D. du Bon Secours

INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

Conférences médicales d'actualité du Val-de-Grâce. — Ces conférences ont été renvoyées à une date ultérieure.

Hôpitaux — Assistance publique

Hôpitaux de Paris. — Mutations. — Saint-Antoine : le Dr Cadenat remplace le Professeur Grégoire. — Bichat : le Dr Petit-Dutaillis remplace le Dr Rouhier ; le Dr de Gaudart d'Allaines remplace le Dr Capelle ; le Dr Sénèque remplace le Dr Brocq. — Laënnec : le Dr Girode remplace le Dr Roux-Berger. — Tenon : le Dr Maurer remplace le Dr Métivet. — Bretonneau : le Dr Boppe remplace le Dr Leveuf. — Broussais : le Dr Quénu remplace le Dr Patel. — Saint-Louis : le Dr Raoul Monod remplace le Dr Soupault. — Ivry : le Dr Ameline remplace le Dr Bloch. — Les Ménages : le Dr Gatellier remplace le Dr Madier. — Villejuif : le Dr Redon. — Franco-Musulman : le Dr Longuet. — Saint-Antoine : le Dr Bergeret remplace le Dr Bréchot. — Necker : le Dr Huet remplace le Dr Bergeret. — Tenon : le Dr Moulonguet remplace le Dr Girode. — A. Chantin : le Dr Oberlin remplace le Dr de Gaudart d'Allaines.

Consultations générales. — Saint-Antoine : M. Bréchot (honoraire). — Necker : M. Rouhier (honoraire). — Tenon : M. Deniker (honoraire). — Bichat : M. Chevrier (honoraire). — Broussais : M. Merle d'Aubigné. — Saint-Louis : M. Picot (honoraire).

Chefs et assistants de service de chirurgie. — Hôtel-Dieu : le Prof. Mondor ; M. Sicard, M. Welti. — Saint-Antoine : M. Bergeret ; M. Hepp. — Necker : M. Jean Berger ; M. Mialaret. — Cochin : M. Fey ; M. Couvelaire, le Prof. Mathieu ; M. Padovani. — Tenon : M. Houdard ; M. Aurousseau, M. Maurer ; M. Sauvage . — Laënnec : M. Girode ; M. Meillère, M. Gérard-Marchant. — Bichat : M. de Gaudart d'Allaines ; M. Patel. — Broussais : M. Basset ; M. Raymond Bernard. — Boucicaut : M. Guimbellot ; M. Seillé. — Vaugirard : M. le Prof. Brocq ; M. Gueulette. — Ambroise-Paré : M. Sauvé ; M. Thalheimer. — Saint-Louis : M. Bazy ; M. Sylvain Blondin. M. Desplas ; M. Banzet. — Bicêtre : M. Toupet ; M. Alain Mouchet. — Salpêtrière : M. Gosset ; M. Funck-Brentano, M. Jean Gosset.

Accoucheurs. — 1° *a*) A l'hôpital Saint-Louis (reMplacement de M Devraigne atteint par la limite d'âge) ; M. Ravina, de l'hôpital Tenon ; *b*) à l'hôpital Tenon (remplacement de M. Ravina), M. Lacomme, titularisé.

2° *a*) A la clinique Tarnier (remplacement de M. Jeannin admis à la retraite), M. Portes de l'hôpital Bichat nommé professeur de clinique obstétricale ; *b*) à l'hôpital Bichat (remplacement de M. Portes), M. Desnoyers de l'hôpital Bretonneau ; *c*) à l'hôpital Bretonneau (remplacement de M. Desnoyers), M. Lantuéjoul, titularisé.

M. Lacomme étant affecté temporairement à la Maternité, est remplacé provisoireeent, à Tenon, par M. Digonnet.

Ophtalmologistes. — 1° A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. Coutela, atteint par la limite d'âge), M. Pafonry, titularisé ; 2° A l'hôpital Saint-Antoine (en remplacement de M. Lagrange, décéédé), M. Favory, titularisé.

Consultations d'ophtalmologie. — Hôpital Cochin : M. Renard. — Hôpital Trousseau : M. Dollfus. — Hospice de Bicêtre : M. Hudelo. — Ménages, Hérold, P.-Poincaré, à Garches : M. Voisin. — Hôpital Ambroise-Paré : M. Desvignes, admissible désigné pour remplacer temporairement M. Veil.

Stomatologistes. — 1° : *a*) A l'hospice de la Salpêtrière (remplacement de M. L'Hirondel atteint par la limite d'âge), M. Lacaisse de l'hospice de Bicêtre ; *b*) à l'hospice de Bicêtre (remplacement de M. Lacaisse), M. Houzeau, de l'hôpital Boucicaut ; *c*) à l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. Houzeau), Mme Papillon Léage, de l'hôpital Hérold ; *d*) à l'hôpital Hérold (remplacement de Mme Papillon-Léage), M. Omnes, titularisé.

2° *a*) A l'hôpital Trousseau (remplacement de M. Lemerle en disponibilité pour raison de santé), M. Lebourg, de l'hôpital Vaugirard ; *b*) à l'hôpital Vaugirard (remplacement de M. Lebourg), M. Henault, de l'hospice de Brévannes ; *c*) à l'hospice de Brévannes (remplacement de M. Henault), M. Marie, titularisé.

Mutations des médecins e 1942 :

I. Services. — Hôtel-Dieu : M. Henri Bénard prend le service de M. Baudouin : M. Nicaud remplace M. Henri Bénard.

Saint-Antoine : M. Jacquet remplace M. Cain.

Necker : M. Richet remplace M. Aubertin.

Enfants-Malades : M. Chevalley remplace M. Richet.

Cochin : M. Coste remplace M. Chevallier.

Bichat : M. Rivet remplace M. Boidin ; M. Paraf M. Nicaud.

Broussais : M. Chevallier prend le service créé.

Ambroise-Paré : M. Decourt remplace M. Jacquet ; M. Peron remplace M. Levesque.

Claude-Bernard : M. Celice remplace M. Marquézy.

Saint-Louis : M. Degos, remplace M. Tzanck.

Trousseau : M. Cathala prend le service de M. Paisseau ; M. Marquézy remplace M. Cathala.

Enfants-Assistés : M. Lelong prend le service de M. Lereboullet.

Salpêtrière : M. Levesque remplace M. Ribadeau-Dumas.

Ivry : M. Perrault remplace M. Coste.

II. Consultations. — M. Escalier, hôpital Tenon ; M. Hillemand hôpital Saint-Louis ; M. de Brun du Bois-Noir, hôpital Laënnec M. Albot, Hôtel-Dieu.

Vie professionnelle

Loi sur l'Ordre des Médecins. — Le *Journal officiel* du 9 janvier 1942 a publié une loi modifiant celle du 4 octobre 1940. Elle précise le rôle du Conseil supérieur et annonce que le statut de la profession médicale sera fixé par décret ; il prendra le nom de Code de déontologie.

Désormais les médecins, inscrits au tableau d'un ordre départemental, seront déliés du secret professionnel vis-à-vis du Conseil supérieur et des Conseils départementaux, pour toutes déclarations devant ces organismes.

Les membres des Conseils, toutes personnes attachées à ces organismes sont tenus au secret professionnels.

Le règlement intérieur des Conseils départementaux (inscription au tableau, procédure disciplinaire) sera fixé par un règlement d'administration publique.

Conseil de la Seine de l'Ordre des médecins. — En raison de quelques plaintes qui lui sont parvenues le Conseil de la Seine rappelle que les questions d'honoraires doivent être traitées avec tact et mesure et s'il est interdit au médecin de pratiquer directement et par voie détournée l'abaissement habituel de ses honoraires au-dessous des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre, le médecin doit, par contre, proportionner ses honoraires à la situation de fortune du malade.

Ces prescriptions sont particulièrement valables pour les malades de situation modeste et pour le plus grand nombre des assurés sociaux. Si des honoraires abusifs étaient demandés par certains médecins, chirurgiens ou spécialistes, le Conseil de la Seine ne manquerait pas d'intervenir disciplinairement auprès de ces médecins, chirurgiens ou spécialistes.

Ainsi qu'il a déjà été annoncé, les honoraires minima fixés par le Conseil de la Seine de l'Ordre sont, depuis le 1er novembre 1941 de 35 francs pour la consultation et de 40 francs pour la visite à domicile, la valeur du chiffre -clé étant de 25 francs pour les actes de pratique médicale courante (nomenclature de la Seine) et de 20 francs pour les actes de chirurgie et de spécialités (nomenclature nationale).

ECHOS & GLANURES

Un élément du pessimisme de Flaubert. — M. Alfred Colling qui vient de consacrer à Flaubert un volume qui intéressera particulièrement les médecins (Arthème Fayard, éditeur) pose trois éléments dans le pessimisme de Flaubert : tout d'abord la vision primordiale qu'il est d'un monde livré aux bouffonneries et la sottise et de la banalité ; puis le sentiment d'irrémédiable isolement qu'il éprouva pour commencer dans sa famille ; et enfin l'atmosphère funèbre que fut celle de l'hôpital de Rouen où Flaubert passa ses premières années.

Gustave Flaubert grandissait dans l'atmosphère si particulière de l'hôpital, d'autant plus lourde qu'elle pèse sur des personnes [illegible] à la lutte contre la maladie et qui risquent de n'en recevoir que l'influence négative, dissolvante.

Contre le mur de l'amphithéâtre s'élève une vigne. En s'aidant du treillage, Gustave et sa sœur grimpent à hauteur de la fenêtre et contemplent les cadavres alignés au soleil. Le feuillage caresse leurs joues en feu. Les mouches bourdonnent, le docteur Flaubert, bistouri à la main crie aux enfants de s'en aller.

Pour le praticien, la dissection était une opération exaltante. La recherche passionnée d'un secret aux multiples facettes [illegible] leur horreur sanglante.

Pour Gustave, c'est un exercice pratiqué sur le néant. Ces cadavres [illegible] l'image de la mort, qui gît au fond de tout.

Le spectacle quotidien de la souffrance et de la mort devait imprégner la sensibilité de Flaubert de miasmes tenaces. Chacun de ses actes éveillait une résonance lugubre. Il remâchait [illegible] un goût de cendre et de pourriture. Très tôt, il fut hanté par l'idée de décrépitude, par la sensation de corruptions successives, qui [illegible], rongent, usent. Une vieille paire de bottes le faisait [illegible] : le cuir crevé semblait dire : [illegible], de craquantes, elles [illegible], comme toi un jour...

Le docteur Flaubert disséquait des cadavres. De le voir travailler [illegible] qu'il exerçait en la faisant passer du physique au moral. Lui aussi s'accoutumait à disséquer, mais ses pensées, ses sensations ,ses aspirations d'adolescent. Et quand il avait bien râclé la peau, écrasé les muscles, incisé les veines et démonté les articulations, il ne maniait plus qu'une dépouille corrompue, destinée à la fosse commune.

L'introspection précoce est périlleuse ; elle n'est pas inutile L'écrivain, comme le médecin, fait son apprentissage sur des cadavres.

L'hôpital, avec ses arrière-plans, est donc l'élément numéro 2 du pessimisme flaubertien. Le plus pénible peut-être. Il pèse lourd dans le plateau de la balance par tout ce qu'il représente de matérialisme, de tristesse physiologique ».

Restrictions et prescriptions médicales en 1793. — En 1793, comme aujourd'hui, les malades manquent des aliments indispensables. La farine, le lait, le sucre sont rares. Le miel, qui a d'abord remplacé le sucre, se raréfie à son tour, et les comités enjoignent aux épiciers de ne plus le délivrer que « sur des bons signés des officiers de santé... pour conserver cette denrée aux malades et aux citoyens qui en ont besoin pour le rétablissement de leur santé ».

Il en est de même pour les sirops et la cassonade. Le 22 ventose an 2, Husson délivre un « bon pour une demi-bouteille de sirop de capillaire à l'usage de la citoyenne Lahire, accouchée il y a quatre jours ».

Le médecin Raussin certifie que « le sirop de guimauve convient dans la maladie de la citoyenne femme d'Antoine Deleitre, qui est dans le cours d'une fluxion de poitrine ».

Mais ces bons n'étaient pas toujours accordés par les médecins seuls. Ils avaient certainement plus d'orthographe que cet ouvrier retordeur, membre du Comité de surveillance de la montagne qui « invit le citoyen Leferre, marchan et picier à vouloir bien donnerre au porteurs de la castonande pour ses besoin urgen ».

Les médecins étaient déjà accusés de délivrer trop facilement des bons à leurs clients, comme en témoigne cette note du Conseil général, qui invite les officiers de santé à ne donner des bons de riz ou de farine aux citoyens «qu'autant qu'ils auront la connaissance personnelle par leurs visites, qu'ils en ont réellement besoin pour le rétablissement de leur santé ».

Mais l'histoire ne dit pas si les médecins étaient déjà obligés de fournir un relevé mensuel de leurs prescriptions. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'intoxication carbonée des gazogènes

Par M. LOEPER et A. GAUTIER (1)

L'intoxication oxycarbonée s'est accrue récemment de nombreux empoisonnements non seulement par le gaz d'éclairage et les poêles d'appartement mais aussi par les gazogènes. Ce nouveau mode d'alimentation des voitures s'est beaucoup généralisé depuis quelques mois et les ouvriers des garages, les conducteurs d auto en ont été souvent et assez sérieusement incommodés. A vrai dire, les précautions prises, d aération, de ventilation, d'aspiration des gaz ont déjà réduit le danger, l'oxygénothérapie a conjuré des accidents sérieux, mais les mesures ne sont peut-être encore pas assez générales et assez parfaites pour les enrayer complètement.

Dans un garage qui utilise prés de 80 gazogènes, nous avons, à la demande même de l'ingénieur, examiné un certain nombre d'ouvriers et étudié les conditions de l'exploitation et les moyens d'en éviter les risques.

Chaque matin, entre 7 et 9 heures, le charbon est allumé en même temps dans les diverses voitures, les tuyaux des gazogènes déversent dans l'atmosphère des fumées de plus en plus riches en CO et les conducteurs ou ouvriers, assis sur les marchepieds des voitures ou penchés sur leurs appareils, observent la fumée jusqu'à ce qu'elle puisse prendre feu et produire une belle couleur bleue. Le Docteur Guyon, chef du laboratoire d'hygiène de la ville, a constaté, dans l'air du garage, des taux de CO oscillant entre 1/3000 et 1/4000, suivant le nombre des appareils, l'heure de prélèvement et la hauteur à partir du niveau du sol à laquelle était fait ce prélèvement. Tout près de l'appareil, à 50 centimètres du sol, le taux est certainement plus élevé.

Dés la fin d'octobre, disait l'un de nous dans son rapport, les ouvriers ont accusé quelques troubles digestifs, des céphalées et des vertiges, rarement des accidents plus sérieux, deux d'entre eux ont été conduits à Saint-Antoine, les autres y ont été simplement envoyés en consultation. Tous présentaient une certaine érythrose faciale, de la céphalée, quelques vertiges, une certaine instabilité sécrétoire, un pouls quelquefois arythmique avec deux fois des extrasystoles évidentes, en général un léger ralentissement, mais tous ces accidents étaient passagers, légers, fugaces et cédaient à quelques bouffées d'air. Le cœur, le rein, le système nerveux ne paraissaient nullement touchés.

Le taux d'oxyde de carbone du sang a été dosé par M. Truffert et M. Tonnet chez cinq d'entre eux. Il fut, chez le plus malade, de 81 c.c., puis de 61 et de 1,7 et de 0,5 après respectivement 0,7, 1,1 et 1,7 jours d'intoxication, ce qui prouve la persistance du CO dans les intoxications chroniques, que nous avons depuis longtemps affirmé. Il ne fut chez les autres, les ambulants, que de 0,8 c. c., 0,6 c. c., 0,64 c. c. mais il atteignit pourtant une fois 21,6.

L'oxygène du sang se tenait chez tous à 1,2 ou 1,6 %, chiffre normal, sauf chez celui qui fut traité par l'oxygénothérapie qui donna 7 c. c. 6. Le CO^2 du sang et l'azote variaient peu.

Sachant par les recherches de Lœvi et Apfelbach, par les nôtres même, par les expériences de Duvoir, que la polyglobulie n'est pas exceptionnelle dans les intoxications chroniques, nous avons étudié le sang de nos malades.

	CO	Hématies	Hémoglobine	Leucocytes
L.		4.680.000	90	6.200
T.		4.720.000	95	6.400
P.	6	4.580.000	90	6.200
L.	6 4	4.560.000	90	5.800
L.	21 6	4.460.000	90	6.200
B.		4.380.000	90	6.400
R.		4.320.000	85	5.800
M.	46	4.360.000	85	6.200

Chiffres d'hématies normal ou un peu élevé. Leucocytose normale. Hémoglobine subnormale. Polynucléose banale. Eosinophilie à peine de 2 %.

***

Certains cas d'intoxication chronique par le CO, ainsi que

(1) Avec le concours de J. TONNET et P. TRUFFERT.

FEUILLETON

HISTOIRE DE QUELQUES STATUES MÉDICALES

Les mortels ont toujours attaché une idée consolante à la représentation de leur enveloppe périssable par la plastique. Mais ils ont souvent oublié, depuis Horace, que l'airain n'est pas éternel. La dureté des temps le leur rappelle aujourd'hui.

Un certain nombre des statues (on en comptait plus de 900 à Paris en 1912), qui ornaient... ou enlaidissaient parfois nos places publiques, viennent en effet d'être envoyées à la fonte. Quelques-unes nous intéressent spécialement puisqu'elles représentaient des médecins.

Tout d'abord celle de BAUDIN qui fut statufié sur l'emplacement de la barricade où il avait été tué lors du coup d'État de 1851. L'hommage s'adressait sans doute plus au représentant du peuple qu'au modeste praticien ; mais, dans une liste des médecins déboulonnés, on ne saurait oublier Baudin qui, pendant quinze ans, fut le médecin des pauvres du quartier Clichy.

C'est le journal *Le Temps* qui, pour manifester contre Napoléon III, avait été le premier à suggérer l'idée d'un monument à Baudin. Delescluze prit l'initiative de la souscription. Mais le gouvernement veillait et poursuivit les organisateurs pour « manœuvre et intelligence à l'intérieur ayant pour but de troubler la paix publique ». Défendus par Arago, Gambetta, leur procès fut surtout celui de l'Empire. Ils n'en furent pas moins condamnés. Et c'est ainsi que l'inauguration du monument de Baudin (par Millet) n'eut lieu que le 2 décembre 1872.

Celui de Claude BERNARD n'eut pour origine que le culte du souvenir de ses élèves. Dès le lendemain de la mort du physiologiste, ils avaient ouvert une souscription. Les oboles des étudiants, celles de toutes les salles de garde de Paris, jointes aux cotisations de souscripteurs plus fortunés (le Docteur Clin, le *Progrès Médical* s'étaient inscrits pour 100 francs !) permirent de réaliser dès le mois de mars 1879, une somme de 25.000 francs. L'inauguration de la statue exécutée par Guillaume, n'eut cependant lieu que le 7 février 1886, par un froid tres vif qui réduisit singulièrement le nombre des assistants. Paul Bert, Berthelot, Chauveau, Dastre n'en prononcèrent pas moins leurs discours. Renan, alors à la veille de sa réception à l'Académie française ou il devait rendre encore un magnifique hommage à Claude Bernard, avait tenu à venir remercier tous ceux qui avaient organisé la cérémonie.

Un autre hommage, plus modeste, mais qui eut été davantage au cœur de Claude Bernard, avait été projeté à Villefranche pour la même année. Il ne put être réalisé, le maire de cette ville ayant déclaré « qu'il ne voulait prendre aucune part à une œuvre ayant pour but d'honorer un homme qui avait été sénateur sous l'Empire et qui vivait séparé de sa femme (1) ».

(1) Un buste de Cl. Bernard, par Gravillon, a été érigé à Saint-Julien. Celui-là est sans histoire.

nous l'avons affirmé avec Cottet et Varay, nous ont montré la possibilité de troubles de l'électrocardiogramme et aussi de l'urée du sang.

L'électrocardiogramme n'a pu être fait que quatre fois. Il montre, deux fois sur quatre, une bifidité de P., deux fois une forte angulation de T., une fois un aplatissement marqué de S., en un mot de petites variations, telles qu'on les rencontre souvent mais, qui sont si fréquentes, qu'elles sont presque caractéristiques; jamais de signes coronariens comme on en rencontre parfois.

Ces quelques troubles sont cependant intéressants parce qu'ils se retrouvent dans nos expérimentations sur le cobaye et dans celles d'autres auteurs sur les lapins ou les chiens. Ils témoignent d'une certaine imprégnation du muscle ou du système nerveux cardiaque, peut-être même d'une fixation sur l'hémoglobine du cœur qu'ont invoqué MM. Camus et Pagniez.

L'azotémie qu'on ne rencontre d'ailleurs que dans les graves intoxications et que nous avons signalée une fois, que Mach et Neville May ont aussi signalée, n'atteint point de gros chiffres, elle est cependant supérieure à la normale, une fois 0,48, une autre 0,56, une troisième 0,62. Peut-être est-elle d'origine nerveuse ; peut-être d'origine rénale. Les urines ne sont pas diminuées. Elles ne contiennent ni albumine, ni sang.

Telles sont les quelques constatations que nous avons faites. Elles nous semblent évidemment peu graves mais elles témoignent cependant de la nécessité de veiller avec grande attention au développement possible de cette intoxication professionnelle qui ajoute quelques malaises, quelques incidents à la série des troubles de l'oxycarbonémie professionnelle et qui pourrait certes aller, si on n'y prend garde, à des accidents plus sérieux.

Hypersomnie périodique et menstruation

Par M. Jean LHERMITTE

Si parmi les questions que nous pose le problème de la fonction hypnique, il en est plusieurs qui attendent encore leur réponse, il est un point que personne ne songera à contester, car chacun de nous en a fait l'expérience, savoir que le sommeil, aussi bien chez l'animal que chez l'homme répond à une périodicité régulière, en d'autres termes que le sommeil s'inscrit parmi les fonctions rythmiques de l'organisme. Toutefois, à l'opposé de nombreux processus périodiques, le sommeil se révèle à l'analyse comme une fonction active et soumise au contrôle de la volonté.

Il n'en va pas de même dans les sommeils ou les hypersomnies morbides. Comme on le sait, celles-ci se divisent en deux groupes : les hypersomnies paroxystiques dont le plus bel exemple est la narcolepsie de Gélineau, d'une part, et l'hypersomnie continue, d'autre part. Est-il besoin de rappeler que le syndrome de Gélineau est constitué par la survenance d'un besoin impérieux, irrésistible de dormir, auquel le sujet, quoi qu'il en ait, est obligé de succomber.

Tout autre apparaît l'hypersomnie prolongée. Ici, ce n'est plus pendant quelques minutes ou quelques quarts d'heure que le patient est plongé dans le sommeil mais pendant des journées entières.

Encore que nous soyons beaucoup plus avancés dans nos connaissances relatives aux conditions étiologiques qui commandent la narcolepsie de Gélineau, il faut confesser qu'un certain nombre de cas ne font pas leur preuve d'organicité, au moins de manière flagrante, ce qui justifie, dans une certaine mesure, l'attitude que quelques rares auteurs soutiennent encore la nature névropathique de ce syndrome. Pour nous, nous avons depuis longtemps défendu l'idée que la narcolepsie de Gélineau, n'est qu'une manifestation d'un dérèglement de l'appareil régulateur du sommeil et de la veille conditionné par des facteurs organiques variables, mais nettement identifiables dans l'immense majorité des faits. En outre, ce qui montre bien à quel point la narcolepsie la plus authentique doit être tenue pour une expression organique, c'est que si l'on pousse assez loin les investigations, l'on constate que le tableau clinique ne se limite que, très exceptionnellement, à la crise narcoleptique. Que l'on cherche bien et l'on découvrira chez le dormeur à paroxysme tel ou tel symptôme de dysrégulation des centres diencéphaliques. Chez l'un ce qui prime, c'est la polyurie, chez l'autre, l'aménorrhée ou l'impuissance sexuelle, chez un autre l'obésité et la polyphagie, chez d'autres enfin, ce sont les renseignements tirés des examens biologiques qui, en montrant une réaction de Wassermann positive dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien, ou encore une lymphocytose sanguine, nous conduisent à dépister le facteur organi-

---

Si « la bourgeoise démoniaque » (de Monzie) que fut Mme Bernard servit de prétexte aux « puritains du vignoble », pour empêcher l'érection du monument de Villefranche, une autre raison arrêta pour un instant les Lyonnais quand ils voulurent rappeler le souvenir de celui qui avait été élevé pharmacien dans leur ville. Les fonds n'affluèrent que médiocrement. En 1890, au bout de douze ans, il manquait encore quinze mille francs, c'est-à-dire le prix du bronze.

C'est alors, qu'ému de cet insuccès, un disciple de Claude Bernard, Raphaël Dubois, professeur à la Faculté des Sciences de Lyon, eut l'idée de demander aux Beaux-Arts s'il n'y aurait pas, dans quelque catacombe municipale, un bronze oublié, inutile effigie d'un souverain tombé ou d'une fausse illustration ayant cessé de plaire.

On se souvint de la statue de Vaisse, qui devait être inaugurée au parc de la Tête d'Or, lorsque survint la guerre de 1870. Il ne pouvait plus être question de statufier celui en qui on ne voyait plus qu'une créature de l'Empire et qui cependant avait été un grand préfet. On fit des recherches et on découvrit le buste du pauvre Vaisse, toujours en bronze, se morfondant dans son oubliette. Le Conseil municipal décida aussitôt de le désaffecter en faveur de Claude Bernard. Mais la famille ayant appris le sort qui menaçait la face de l'ancêtre, fit offrir quinze mille francs, pour avoir le droit de l'acquérir et d'en faire l'ornement de ses salons.

On s'empressa d'accepter et le Comité put ainsi acheter le bronze nécessaire pour fondre la statue exécutée par le sculpteur lyonnais Aubert.

L'inauguration eut lieu le 28 octobre 1891, dans la Cour d'honneur des nouvelles Facultés non encore achevées. Ce fût ce jour là que Brunetière prononça le discours resté célèbre où il proclamait la faillite de la science. Malgré cet incident de minime importance, dit un journal de l'époque, la cérémonie fut en tous points réussie.

La statue de Broca, œuvre de Choppin, érigée par souscription universelle sur le terre-plein qui est à l'intersection du boulevard Saint-Germain et de la rue de l'Ecole-de-Médecine, fut inaugurée le 30 juillet 1887. A la demande de la famille, la cérémonie n'avait comporté aucun discours, mais seulement des allocutions prononcées par Magitot, président de la Société d'anthropologie et de Quatrefages.

En 1895, on projeta de déplacer l'effigie de celui qu'on avait appelé le plus chirurgien des anthropologistes et le plus anthropologiste parmi les chirurgiens. On avait d'abord songé à la transporter dans la cour de l'Ecole pratique, puis rue Antoine Dubois, en haut de l'escalier où a été placée depuis celle de Vulpian. Mais Pozzi obtint qu'on conservât à Broca les honneurs de la voie publique.

C'est sur l'initiative de Gilles de la Tourette, qu'en 1893, fut élevé le monument de Théophraste Renaudot, rue de Lutèce, presque à l'endroit même où, dans l'ancienne rue de la Calandre, au Grand Coq, s'élevait le bureau d'adresses où Théophraste Renaudot fonda la *Gazette* et les Consultations charitables pour les pauvres malades.

L'inauguration eut lieu le 3 juin 1893. Sur le socle de la statue, œuvre de A. Boucher, on avait gravé cette phrase :

que dont la crise narcoleptique est le témoignage le plus saisissant.

Depuis fort longtemps, il a été établi que dans une grande proportion de cas, les crises narcoleptiques s'installent au début de la période pubertaire ; et comme on pouvait le prévoir, l'on s'est demandé si le syndrome de Gélineau cryptogénétique ou essentiel ne répondrait pas à quelque dysrégulation hormonale et plus spécialement à quelque anomalie des sécrétions des glandes sexuelles masculines ou féminines. Quelques données cliniques donnent à le penser. En effet non seulement, le début des crises d'hypersomnie paroxystique coïncide assez souvent avec l'installation des premières règles et les transformations qu'impose à l'organisme la puberté, mais encore il est des cas plus suggestifs dans lesquels on ne peut pas ne pas être frappé par l'influence qu'exercent la menstruation et la grossesse sur les crises de narcolepsie.

Certes, il y a loin entre la fréquence avec laquelle nous observons le redoublement des paroxysmes épileptiques au cours des périodes menstruelles et l'incidence accrue des paroxysmes narcoleptiques pendant les périodes cataméniales ; mais cependant avec G. Ballet, Fischer, Kahler, nous sommes obligés de reconnaître qu'il est des sujets chez lesquels les crises de narcolepsie redoublent d'intensité et de fréquence au moment des périodes menstruelles, qu'il est aussi d'autres cas non moins démonstratifs où l'on voit s'installer de concert la narcolepsie et le flux périodique, la première paraissant être sur le plan neuro-végétatif la projection de la seconde.

A propos de ces faits dont on ne saurait contester la validité, observons toutefois que pour être saisissante, la coïncidence des crises de sommeil paroxystique avec la menstruation ne doit pas dispenser de pousser les investigations plus avant et de rechercher si, par exemple, le rapport de simultanéité que nous observons n'est pas sous-tendu par une modification préalable des centres végétatifs méso-diencéphaliques

Cette critique, J. Wilder l'a très opportunément faite au sujet des relations qui semblent unir, dans des cas très exceptionnels, la narcolepsie à la gravidité et à la puerpéralité.

L'on trouve, effectivement, mentionnés dans la littérature quelques exemples curieux où l'on voit s'associer l'état de grossesse et les crises narcoleptiques (Hoff, Stengel, Baloch, Kallewije) ou la gestation avec les crises de perte soudaine du tonus qui spécifient la cataplexie (Guiseka) ou encore, comme dans une observation de Rosenthal, la grossesse avec le « Wachanfall », c'est-à-dire la cataplexie du réveil. On ne manquera pas de remarquer que ces singulières coïncidences s'opposent à celles que l'on remarque dans l'épilepsie où précisément l'état de gestation a pour effet de supprimer toute manifestation comitiale. Quoi qu'il en soit, certains faits demeurent qui montrent, à n'en pas douter, que les crises narcoleptiques peuvent être sujettes à des recrudescences tantôt au cours de la menstruation, tantôt au cours de la gestation et même de la puerpéralité. En sorte que l'on ne peut exclure du mécanisme encore obscur qui règle le déterminisme des crises d'hypersomnie paroxystique l'influence de certaines sécrétions endocriniennes et singulièrement des hormones sexuelles.

En est-il de même pour ce qui est de l'hypersomnie prolongée ? Tel est le problème que nous nous proposons d'aborder.

En 1929, avec notre élève N. Kyriaco, nous avons rapporté une observation qui nous ouvre quelque horizon sur cette question.

Il s'agissait d'une femme âgée de 46 ans qui nous fit appeler parce que depuis plus de deux ans, elle était prise de crises de sommeil périodique, lesquelles coïncidaient exactement avec les périodes menstruelles. Réglée depuis l'âge de 13 ans, cette malade ne présentait aucun antécédent morbide digne d'être mentionné. Le premier accès d'hypersomnie survint le 8 avril 1927. Huit jours exactement avant l'apparition des règles qui survinrent à leur date régulière, la crise de sommeil se dénoua quatre jours avant le flux cataménial. Depuis cette date, les crises se succédèrent à intervalles réguliers, survenant huit jours avant les règles et cessant quatre jours avant l'apparition de celles-ci. La malade très lucide nous raconte que la crise de sommeil était précédée d'une longue période d'endormissement. Pendant plusieurs heures, la patiente éprouve, nous dit-elle un besoin de dormir, ses paupières s'appesantissent, sa tête s'incline sur la poitrine, puis les fonctions de conscience sombrent à leur tour ; le sommeil est complet. Nous avons examiné cette malade au cours de plusieurs accès de sommeil prémenstruel et voici ce que nous avons observé. Tous les muscles sont en résolution, la respiration plus profonde qu'à l'état de veille. Les yeux clos, la patiente ne réagit que par un grognement inarticulé ou quelques gestes assez vagues aux excitations périphériques. Ajoutons que les sphincters sont relâchés et qu'il ne semble pas que ce sommeil très profond soit troublé par des rêves. L'examen neurologique permet de reconnaître une grande vivacité des réflexes tendineux jointe à une double extension de l'orteil, (signe de Babinski). Une ponction lombaire fut pratiquée qui montra une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans lymphocytose et une réaction de Wassermann négative.

Entre 1927 et 1929 survinrent des phénomènes nouveaux : céphalée, troubles profonds du caractère, obésité considérable associée à un faciès acromégalique. Entre les périodes d'hypersomnie, l'on observe maintenant une exaltation des réflexes tendineux constante accompagnée d'un double signe de Babinski, une démarche chancelante presque ébrieuse, une paralysie faciale droite de type central, et, au point de vue psychique, une torpeur intellectuelle sans désorientation, ni confusion, ni amnésie. Dans la suite, tous les phé-

---

« Il faut que, en un Estat, les riches aident aux pauvres, son harmonie cessant lorsqu'il y a partie d'enflée outre mesure, les autres demeurant atrophiées ».

Elle y est toujours et rappelle que Théophraste Renaudot, en qui on ne voit souvent que le créateur du premier journal qui ait paru en France, fut aussi un précurseur en assistance sociale. Contre la maladie, il avait voulu lutter par l'établissement de consultations charitables. Le prêt sur gage, principe du Mont-de-Piété, avait été institué par lui pour permettre aux infortunés de trouver l'argent nécessaire à leurs besoins ou à l'établissement d'une entreprise. Pour lutter contre le chômage, il s'était fait l'intermédiaire entre le patron et l'ouvrier. L'initiative de telles créations assure à Renaudot une gloire que peuvent souhaiter les hommes d'Etat actuels.

En 1892, un Comité présidé par Fournier avait décidé d'ériger une statue de Ricord devant la porte de l'hôpital du Midi. L'exécution en fut confiée au sculpteur Barrias qui exposa sa maquette au salon de 1892. Puis, bien que le socle eût déjà été mis en place, il ne fut plus question de statue, si bien que les journaux, en octobre 1893, annoncèrent qu'elle avait disparu. Il n'en était rien. La statue fut installée le 9 novembre 1893 ; mais, après entente avec la famille de Ricord, l'inauguration fut retardée et finalement n'eut jamais lieu.

Pelletier et Caventou ne tirèrent jamais un profit matériel de leur découverte qu'ils mirent dès les premiers jours à la disposition du public, en faisant connaître les recettes de préparation de la quinine. Mais cette découverte fut l'origine d'immenses fortunes et ceux qui les réalisèrent ne firent qu'un modeste geste de reconnaissance en fixant par le bronze la silhouette des deux inventeurs. La souscription, ouverte en 1898, réunit plus de 30.000 francs qui permirent d'élever en 1900, le monument (œuvre de Lormier) dont on ne voit plus aujourd'hui que le soubassement, à l'angle du boulevard St-Michel et de la rue Denfert-Rochereau.

Décapité aussi le socle du monument de Péan (par Gauquié) auquel ses amis avaient voulu élever une statue, en 1908, tout près de l'hôpital que le chirurgien avait fait construire avec ses deniers.

L'inauguration, qui eut lieu le 16 décembre 1909, fut considérée à l'époque comme une cérémonie « expiatoire et réparatoire ». Pozzi y rappela les initiatives des inventions de Péan, sous le regard amusé et approbateur de son ennemi d'autrefois, figé lui aussi dans le bronze tout près de là, de ce Ricord qui faisait prendre à ses malades l'engagement de ne jamais consulter Péan et qui était devenu, par la suite, un de ses plus chaleureux défenseurs.

Nous ne verrons plus ces silhouettes élevées à la gloire de médecins représentatifs par la piété de nos devanciers. « L'art robuste » qui « a l'éternité » ne les animait pas toutes et c'est peut-être une des raisons pour lesquelles le buste ne survit plus à la cité. Consolons-nous. L'œuvre reste... *monumentum aere perennius.*

Maurice Genty.

nomènes précédents s'accusèrent et surtout les perturbations mentales. Enfin, nous constations l'existence d'une amaurose presque complète à droite et une acuité visuelle réduite à 2/10 à gauche accompagnées d'une stase papillaire à droite et d'une atrophie post-stase à gauche. Les urines furent toujours libres de sucre et d'albumine, la tension artérielle demeura normale et une deuxième ponction lombaire montra seulement une discrète hypertension céphalo-rachidienne. La réaction de Wassermann même après plusieurs réactivations fut toujours négative.

De toute évidence, nous étions en présence d'une malade atteinte de tumeur basilaire hypophysaire ou juxta-hypophysaire, ainsi que le confirmait d'ailleurs la radiographie en montrant un agrandissement de la selle turcique doublé d'un amincissement et d'une décalcification des clinoïdes antérieures et postérieures.

Assurément, le développement de cette néoplasie basilaire, nous permettait bien de saisir l'origine de la plupart des troubles qu'offrait cette malade puisque de nombreux exemples nous ont appris que les tumeurs de la glande pituitaire dès qu'elles exercent une compression sur le diencéphale médian, peuvent entraîner l'apparition d'hypersomnie, mais la présence de la tumeur basilaire ne permettait pas de rendre compte, à elle seule, de la périodicité des crises de sommeil morbide prolongé. Force nous était de faire appel dans le déterminisme de celui-ci, à une dysrégulation hormonale. Or, la régularité frappante des crises d'hypersomnie avec la période prémenstruelle nous conduisait à admettre que le sommeil morbide devait être considéré, dans ce fait, comme l'expression d'une perturbation des centres organo-végétatifs sensibilisés par la présence d'une néoplasie en relation avec la glande pituitaire et subissant le retentissement hormonal du cycle ovarien.

Tout récemmentl il nous a été donné d'observer avec notre confrère le Docteur Dubois (de Mantes), un autre fait beaucoup plus significatif car, ici, nulle tumeur n'est en jeu dans la genèse de l'hypersomnie prolongée et rythmée.

Il s'agit d'une jeune fille qui, âgée de 14 ans, vit s'installer ses premières règles en avril 1941. Le flux cataménial se répéta depuis, régulièrement, mais peu abondant. Or, à partir du 15 juin dernier, époque régulière de la menstruation, cette jeune fille donne de grandes alarmes à sa famille parce que vers le quatrième jour des règles, elle s'endort profondément pendant quatre à cinq jours. Depuis, ces crises de sommeil périodique s'accusent de plus en plus. Qu'il s'agisse de véritable sommeil, la chose n'est pas douteuse : la malade le confesse et l'observation le vérifie. Malgré la profondeur du sommeil, cet état est réversible par des stimulations vigoureuses. La dormeuse s'étire, baille, se livre à des pendiculations, regarde autour d'elle avec les yeux de mi-clos et un faciès quelque peu hébété, demande impérieusement à manger. Elle « dévore » littéralement, ajoutent ses parents, tout ce qu'on lui offre et principalement le pain alors que, pendant les périodes normales l'appétit ne montre aucune exagération. Cette boulimie avec hyperorexie et polyphagie a entraîné un embonpoint excessif, depuis quelque temps. Lorsque, entre les moments où le besoin alimentaire se fait sentir, on essaye de tirer la dormeuse de son sommeil, celle-ci manifeste de manière violente et même agressive son mécontentement. « Laissez-moi donc dormir », répète-t-elle à l'envie.

Nous avons examiné cette jeune malade au cours de ce sommeil périodique et nous n'avons pu surprendre aucune modification dans les fonctions organiques : le pouls, la température, la diurèse, la tension artérielle sont normaux ; la respiration est ample. La dormeuse garde les yeux clos mais nulle fasciculation, nul frémissement n'apparaît sur les paupières. Tous les réflexes superficiels et profonds sont également normaux, de même que les appareils sensoriels ; en particulier, nous n'avons observé ni modification du jeu pupillaire, ni stase ou congestion papillaire, ni la moindre ébauche d'hémianopsie. La réaction de Wassermann s'est montré négative et la radiographie du crâne n'a pas révélé la moindre modification du squelette céphalique.

Etant données, d'une part, l'hypoménorrhée et, d'autre part, les crises d'hypersomnie, nous avons soumis la malade à un double traitement : l'injection d'hormone gonadotrope à raison de deux injections hebdomadaires, quinze jours avant l'apparition des règles et la prise de 0 gr. 04 cent. d'éphédrine.

La période menstruelle qui suivit l'application de ce traitement se marqua seulement par un léger sentiment de fatigue générale, mais nulle tendance au sommeil n'apparut ; et depuis lors, la menstruation s'effectue sans entraîner le moindre trouble à la condition que la médication soit poursuivie.

Un pareil fait nous semble mériter quelques réflexions. En effet, à l'inverse de l'observation précédente que nous avons résumée, aucun signe ne permet de penser à l'existence d'une lésion organique de l'hypophyse ou de l'encéphale ; d'autre part, nous sommes bien en présence d'un sommeil morbide véritable, réversible mais irrésistible et non pas d'un de ces accidents hystériques qui donnent l'apparence du sommeil, mais qui s'en différencient par trop de traits pour qu'il soit nécessaire de s'appesantir sur ce point.

Comment donc pouvons-nous comprendre les faits de ce genre, dont nous trouvons quelques exemples analogues dans un travail de Kleine ?

La première donnée, irrécusable celle-ci, sur laquelle l'on peut s'appuyer tient dans le rapport chronologique qui relie l'incidence de l'hypersomnie avec la période menstruelle. Nous saisissons donc au moins un chaînon du processus physio-pathologique dans la liaison qui s'établit entre la sécrétion ovarienne et la modification du dispositif régulateur du sommeil, situé dans le méso-diencéphale (Lhermitte et A. Tournay) Une telle liaison n'a pas, d'ailleurs, échappé à tous les médecins et nous trouvons dans un travail de Humburger et Courtin une observation qui, si elle semble assez éloignée des faits que nous rapportons, jette une vive lumière sur le problème que nous envisageons.

Il s'agit ici d'une femme âgée de 32 ans, qui, en raison d'une oligoménorrhée, reçoit par la voie buccale de fortes doses de folliculine. Or, il advint que, à la suite de cette médication, cette patiente présenta d'abord des phénomènes d'angoisse accompagnés d'onirisme et d'insomnie, doublés bientôt de cénestopathies et surtout de glycosurie et de polyurie. Plus tard, apparurent des perturbations psychiques encore plus impressionnantes et caractérisées par des illusions auditives et visuelles. Or, fait capital, écrivent Humburger et Courtin, en se rapportant aux dates des règles, on constate que les périodes d'aggravation qui duraient deux ou trois jours au plus pour s'atténuer par la suite, correspondaient exactement, et jour pour jour, au phénomène de la ponte ovulaire, que l'on pouvait situer le quatorzième jour après le début des règles. L'état de cette patiente se trouva très amélioré par des injections de lutérine et d'acétylcholine.

Ce qui donne à cette observation une portée encore plus grande, c'est que le dosage de la folliculine dans le sang et les urines montra la réalité d'une hyperfolliculinémie précisément pendant les périodes d'exacerbation des troubles infundibulaires.

Il semble donc légitime d'admettre avec Humburger et Courtin que, chez certains sujets, l'augmentation du taux de la folliculine est capable de déclencher des accidents nerveux que tout porte à rattacher à un retentissement méso-diencéphalique. Si nous écrivons « certains sujets », c'est qu'il faut bien confesser que l'hyperfolliculinémie, à elle seule ne rend pas compte de tout le mécanisme qui entre en jeu dans le syndrome si intéressant que décrivent nos auteurs ; nous ne tenons qu'une extrémité de la chaîne, mais nous la tenons bien.

Ainsi donc, il paraît bien que l'élévation excessive du taux de la folliculine soit capable de susciter des réactions neuropsychiques d'une formule particulière dont l'insomnie, l'onirisme accompagné d'illusions sensorielles et l'excitation anxieuse sont les éléments les plus personnels.

Or, n'est-il pas singulièrement frappant que notre malade, dont l'épisode pathologique se situe autour de l'apparition des règles, offre un tableau pathologique dont les traits les plus expressifs forment contraste avec ceux du syndrome qu'ont décrit Hamburger et Courtin ? D'un côté, l'insomnie avec agitation anxieuse ; de l'autre, le sommeil profond, l'asthénie, l'indifférence. Ce qui amène à penser que si, dans le premier cas, le processus physiopathologique est déclenché par l'hyperfolliculinémie, dans le second cas, c'est l'hypofolliculinémie qui doit être tenue pour responsable du désordre des fonctions diencéphaliques ?

Cette hypothèse s'accorderait pleinement avec la théorie de la menstruation défendue par l'école américaine et selon laquelle l'hémorragie cataméniale se produit soit après la cessation complète d'une action hormonale sur l'utérus, soit après la diminution de cette action au-dessous d'un certain seuil. (Courrier et Me Helmer-Dupic). Nous pouvons encore ajouter que l'exactitude de cette vue pourrait trouver un appui dans les résultats que nous avons obtenus chez notre malade par les injections d'hormone gonadotrope. Malheureusement, les cho-

ses ne sont pas aussi simples, et le problème de la menstruation, comme le notaient encore récemment R. Courrier et Me Helmer Dupic est loin d'être résolu. Par toute une série d'expériences chez la femme, Courrier et Me Helmer-Dupic ont pu établir que, chez toutes les femmes expérimentées, la menstruation s'est déclenchée au cours du traitement par la progestérone et que, d'autre part, ce n'est point l'hypofolliculinémie qui constitue le point de départ du flux cataménial.

Et Courrier et Me Helmer-Dupic de penser que c'est plutôt à une absence de réceptivité utérine et non d'hormone qui se trouve en cause lors de la menstruation. Quoi qu'il en puisse être du point de vue hormonal, il n'en demeure pas moins un fait acquis : savoir que certains syndromes diencéphaliques se montrent très régulièrement rythmés par la menstruation, ce qui permet de penser que les manifestations morbides qui constituent le fonds de ces syndromes sont liées à une influence hormonale en action sur un appareil végétatif diencéphalique préalablement sensibilisé.

REVUE GÉNÉRALE

Séméiologie de la démarche dans les maladies du système nerveux (1)

Par J. M. BERT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier

Les maladies du système nerveux peuvent modifier profondément l'allure générale de la démarche. Il s'agit quelquefois d'anomalies atypiques échappant à toute description précise ; dans d'autres cas, de troubles plus caractéristiques ou plus constants prenant de ce fait une véritable valeur séméiologique et dont il est utile de connaître les modalités.

Les anomalies neurologiques de la démarche doivent être séparées des anomalies mécaniques d'origine ostéo-articulaire (raccourcissements, ankyloses) musculaires ou tendineuses (rétractions, hyperlaxités). L'examen systématique de la motilité active et passive des membres inférieurs, du bassin et du rachis rend généralement cette différenciation aisée. Dans leur ensemble les démarches anormales conservent une allure générale symétrique dans les syndromes neurologiques systématisés ou diffus comme en déterminent les infections, les intoxications ou les dégénérescences ; elles deviennent au contraire asymétriques dans les lésions locales plus habituellement d'origine vasculaire, tumorale ou traumatique.

***

Physiopathologie générale de la démarche

L'harmonie de la démarche normale nécessite l'intégrité d'un grand nombre de fonctions nerveuses :

1° *La motilité* est la fonction primordiale ; la marche est impossible quand il existe une atteinte quelque peu étendue de la voie motrice centrale ou périphérique, elle est plus ou moins profondément perturbée dans les atteintes limitées ou incomplètes. Le retentissement de ces lésions s'exerce, étant donné la disposition de la voie motrice, selon diverses modalités, monoplégique, hémiplégique, paraplégique, qui impriment chacune leur physionomie spéciale à la démarche.

2° *Le tonus musculaire*, sans cesse modifié au cours de l'effort, règle la souplesse des mouvements, leur aisance, et le rythme des mouvements automatiques.

Perturbé, par suite de lésions du système pyramidal ou extrapyramidal, il entraîne une contracture permanente ou intentionnelle, généralisée ou limitée aux membres inférieurs, dont la démarche porte la trace.

3° *La coordination* groupe les mouvements élémentaires en vue de leur but, elle en assure la simultanéité et l'harmonie (fonction synergique), l'ampleur et la mesure (fonction eumétrique) et contrôle le rythme de leur succession rapide et alternée (fonction diadococinétique). Ces fonctions, indispensables à l'harmonie de la démarche, sont exercées par le cervelet et ses voies.

4° *La marche* est également sous le contrôle incessant des sensibilités. Grâce aux impressions reçues de la périphérie (sensation de position des membres, de contact avec le sol) le tonus musculaire et la coordination des mouvements des membres inférieurs, automatiquement réglés et modifiés au cours de la marche, permettent son adaptation spontanée et réflexe aux variations extérieures : marche montante ou descendante, sur terrain ferme, mouvant ou glissant. La sensibilité du labyrinthe qui régit l'orientation dans l'espace et assure l'équilibre est également indispensable. Les impressions visuelles contrôlent enfin les sensations extérieures provenant des cordons postérieurs et du labyrinthe et peuvent en quelque mesure corriger et masquer les troubles de la démarche qui résultent de leurs perturbations (tabès).

5° *L'équilibre neuro-végétatif et psychique* exerce aussi une influence indiscutable sur l'assurance, la souplesse et le rythme harmonieux de la démarche ; ceci explique les anomalies observées au cours de certains syndromes endocriniens, d'états dépressifs et de psychonévroses.

***

Physionomie de la démarche normale ses variations individuelles et physiologiques

La démarche normale est caractérisée surtout par l'impression d'équilibre et d'harmonie générale qui s'en dégage. Les mouvements qui la composent sont souples, aisés, se succèdent régulièrement et suivant un rythme mobile et très rapidement variable en fonction des circonstances extérieures.

Durant la marche, les oscillations du thorax et du bassin demeurent discrètes, les membres supérieurs sont animés d'un mouvement pendulaire antagoniste de celui du membre inférieur correspondant.

Toute démarche présente des caractères qui lui sont propres, lui donnent sa physionomie spécifique et dans lesquels se reflète souvent un peu de la personnalité de l'individu, de son caractère, de ses habitudes. Ainsi existent des démarches assurées, hésitantes, craintives, mesurées, compassées, guindées.

L'âge modifie l'allure générale de la démarche. Celle du très jeune enfant est mal assurée, trébuchante et incoordonnée, nettement ataxique. Elle s'accompagne d'élévation latérale des bras, en balanciers et d'élargissement de la base de sustentation. Celle du grand vieillard, en dehors de toute lésion nerveuse caractérisée, est monotone, lente, soudée, légèrement hésitante.

Le sexe exerce également son influence. Chez l'homme la marche provoque un déplacement latéral léger du tronc avec balancement rythmique transversal des épaules ; chez la femme, l'axe vertical du tronc reste relativement fixe, le bassin au contraire oscille réalisant un déhanchement caractéristique (pelviondulance). Ce mouvement comporte (Galland) une élévation en masse au passage à la verticale, un avancement en torsion du côté du membre porté en avant, le tout combiné avec une chute très marquée du bassin vers le côté non portant. Ce même auteur souligne l'impression de vie et de mouvement que donne, de ce fait, l'attitude hanchée de la silhouette féminine dans les représentations d'art. Ces différences sont beaucoup moins évidentes chez certaines femmes vivant à la campagne ou habituées à des travaux de force et chez lesquelles la démarche présente une allure mixte participant des deux types à la fois.

Il est admis enfin, que les dispositions affectives impressionnent la démarche d'où la large part qui lui est faite en littérature parmi les divers modes d'expression de l'émotion. La joie rend le pas « sautillant et léger », la tristesse rend celui d'Olympio « grave et sombre » ; le pas des âmes paisibles est « lent et tranquille », celui des mélancoliques « profond ». La douleur peut troubler plus profondément encore la démarche ; la vieille grand'mère à l'annonce de la mort de Sylvestre allait « clopin-clopant... toute penchée en avant », titubant comme une femme ivre.

La profession exerce elle aussi son influence ; on connaît le pas balancé des marins, celui des paysans qui « garde l'empreinte de la marche dans les sillons ».

***

(1) Revue générale destinée à la présentation d'un film d'enseignement propédeutique réalisé avec M. Baumel.

Les démarches pathologiques

L'analyse clinique d'une démarche consiste à rechercher, dans un ensemble de perturbations souvent complexes, la dominante ou les dominantes pathologiques qui en permettent la classification. On peut distinguer ainsi d'une manière schématique et parfois quelque peu artificielle plusieurs variétés de démarches anormales :

I. — Les démarches paralytiques

Ce sont des démarches de déficit. Elles peuvent, selon la localisation de la lésion nerveuse affecter différents types :

1° *Démarche hémiplégique* : *Le fauchage* : Il est caractéristique de l'hémiplégie flasque. Le malade est dans l'impossibilité de fléchir son membre inférieur, dans la marche. Pour éviter, dans ces conditions, que son pied tombant ne butte contre le sol à chaque pas, l'hémiplégique avance d'abord sa jambe paralysée. Pour cela il porte son tronc du côté opposé à la paralysie, le poids du corps reposant sur la jambe saine, puis jette en avant son membre paralysé en lui faisant décrire un mouvement en arc de cercle (Tod). C'est la *démarche en fauchant* ou démarche hélicopode, le pied tournant en hélice. Pendant la marche le membre supérieur reste inerte, accolé le long du corps et ballant, ou quelquefois immobilisé par le membre sain du malade.

La marche latérale, dite de flanc, reste sensiblement normale quand le sujet se déplace du côté sain vers le côté lésé, dans le cas contraire, l'attitude du membre paralysé empêche son adduction complète et le pied racle le sol par son bord interne ce qui produit un bruit spécial. Ce type de démarche décrit par Schuller n'est pas absolument constant, Grasset a décrit un type inverse, beaucoup plus rare, dans lequel le membre paralysé progresse normalement vers le côté opposé mais où l'abduction du même membre reste génée, le pied raclant le sol par son bord externe. Aloysio de Castro a précisé par la méthode des empreintes et la cinématographie les détails de cette variété de démarche.

2° *Démarche polynévritique* : *Le steppage* : Il est caractéristique de la paralysie du sciatique poplité externe, dont il permet souvent le diagnostic à distance.

Dans cette paralysie en effet, le pied est tombant au repos. Quand il appuie par la plante sur le sol, le talon étant maintenu à terre, le relèvement de la pointe est impossible (Rimbaud). Dans ces conditions, au cours de la marche, le talon seul se soulève et la pointe du pied frôle le sol. Pour corriger la gêne qui en résulte et éviter le contact du sol, le malade est porté à fléchir plus énergiquement la cuisse sur le bassin, élevant ainsi plus haut la jambe et le pied correspondant.

3° *Démarche myopathique* : *D. de canard* : Il faut rapprocher des démarches paralytiques proprement dites les perturbations résultant de l'atrophie de groupes musculaires importants et procédant d'un mécanisme identique de déficit moteur.

Dans les formes les plus fréquentes, types Leyden-Mœbins ou pseudo-hypertrophique de Duchenne, l'atrophie atteint électivement et précocément les muscles des lombes et de la racine des cuisses. Il en résulte une gêne à l'élévation de la cuisse que le malade compense par une inclinaison simultanée du tronc en arrière et en dehors, du côté opposé. L'ensemble imprime à la démarche une sorte de balancement qui a pu la faire comparer à celle du canard.

II. — Les démarches hypertoniques

L'exagération pathologique du tonus musculaire trouble profondément la démarche. Celle-ci perd son ampleur et sa souplesse, donnant l'impression générale de *démarche entravée*, qui est le principal caractère des démarches hypertoniques.

La rigidité musculaire peut être d'origine pyramidale, extrapyramidale, ou neuro-musculaire, et se rencontrer au cours de syndromes divers qui impriment chacun un caractère spécial au type correspondant de démarche.

1° *Démarche saccadée des hypertonies pyramidales* : Elle s'observe à l'état de pureté dans certaines paraplégies où le déficit moteur est très peu apparent à l'égard de la contracture qui reste la cause prépondérante de l'impotence. C'est le cas de certaines compressions médullaires incomplètes, de scléroses médullaires à leur début.

Le caractère principal de la démarche spastique est son allure saccadée, comme composée de secousses successives.

a) La spasticité discrète réalise une *démarche sautillante*.

b) Plus accusée, elle réalise la *démarche saccadée* proprement dite ; les pieds sont difficilement décollés du sol, les genoux restent rapprochés, les mouvements se font par à coups et s'accompagnent d'un balancement latéral du bassin qui a fait comparer la démarche à celle d'un gallinacé.

c) Enfin la raideur peut être telle qu'elle immobilise complètement le malade, il peut encore se déplacer par secousses antéro-postérieures entre deux béquilles, réalisant une *marche pendulaire*.

Dans la maladie de Little la rigidité musculaire s'accompagne d'une attitude très spéciale de rotation interne des membres avec adduction permanente des cuisses et équinisme. Pendant la marche la pointe du pied traîne sur le sol en décrivant un arc de cercle, en même temps que le tronc s'incline du côté opposé. Les genoux portent l'un contre l'autre, le tronc s'incline en avant. C'est la démarche dite de digitigrade (Claude).

2° *Démarche cireuse parkinsonienne* : Elle est déjà caractérisée en partie par l'attitude soudée du malade qui avance, la tête demi-fléchie, le tronc incliné en avant, les bras collés au tronc, les doigts étendus et fléchis sur la main avec le pouce rapproché de l'index, le pied en ébauche de varus équin. Les pas sont lents et mesurés, la démarche comme cireuse, donnant l'impression que les articulations sont engluées et rappelant un peu les images cinématographiques de démarche au ralenti. Le mouvement pendulaire d'accompagnement des bras est diminué ou aboli.

Fait singulier, cette démarche lente et gênée peut « se libérer » brusquement, sous l'influence d'une émotion ou de circonstances diverses, permettant au malade de courir, de monter rapidement un escalier, ou de grimper à une échelle.

3° *Démarche à petits pas des pseudo-bulbaires* : Cette démarche associe à l'hypertonie prédominante, un certain degré de déficit moteur, et une perturbation de l'automatisme de la marche. Tous les mouvements sont possibles séparément ; associés en vue de la marche, ils ne réalisent qu'un déplacement lent et hésitant, par petits pas ; le sujet avance comme à tâ tons, il ne peut soulever ses pieds et n'arrive que très péniblement à les faire passer l'un devant l'autre en les traînant sur le sol ; souvent l'un des membres paraît plus faible et traîne plus que l'autre.

4° *Démarche crispée des myotoniques* : La démarche des sujets atteints de maladie de Thomsen ou de Steinert est troublée, mais dans son début seulement. Le malade éprouve un retard pour se lever, ses premiers mouvements sont lents et comme crispés par la difficulté de la décontraction musculaire, puis les membres se « dérouillent », les pas suivants deviennent plus aisés, enfin la démarche reprend son aisance normale.

5° *Dém rche athétosique* : Bien étudiée par Aloysio de Castro grâce à la cinématoographie, la démarche athétosique est essentiellement spastique et peut prendre le type digitigrade, habituel dans le syndrome de Little avec déplacement sur la pointe des pieds, les genoux rapprochés. L'attitude des membres supérieurs est caractéristique ; les bras s'élèvent d'ordinaire latéralement au cours de la marche jusqu'à une assez grande distance du tronc, oscillant comme des balanciers, les doigts animés de mouvements de reptation. Ce mouvement d'abduction prédomine à chaque pas du côté opposé à celui vers lequel s'incline le tronc, réalisant une sorte de dandinement présentant quelque analogie avec la démarche des myopathes.

III. — Les démarches ataxiques

Liées à l'existence de troubles de la coordination et de l'équilibre, les démarches ataxiques sont caractérisées par leur allure titubante et mal assurée.

1° *Démarche titubante ébrieuse* : L'imprégnation des centres nerveux par certains toxiques peut provoquer l'incoordination et l'ataxie. C'est le cas dans l'alcoolisme aigu, l'intoxication muscarienne, l'absinthisme, la cocaïnisme, l'éthérisme. L'ébriété alcoolique est de beaucoup la plus commune ; la démarche qu'on y observe se caractérise essentiellement par une instabilité statique génératrice d'oscillations, de titubation, d'incoordination par rupture incessante de l'équilibre.

2° *Démarche talonnante tabétique* : L'ataxie était autrefois la manifestation la plus caractéristique du tabès ; Dejerine la décrit ainsi : « On note d'abord, écrit-il, une certaine brusquerie des mouvements pendant la marche ; le pied est levé plus haut et plus subitement, il retombe même en frappant le sol du talon. On dit qu'il talonne. A un degré plus avancé les jambes sont lancées brusquement en haut et en dehors, comme celles d'un pantin. La marche n'est plus chez l'ataxique un acte automatique réflexe, elle devient peu à peu un acte conscient et voulu. Aussi marche-t-il la tête inclinée en avant et en bas ; il regarde le sol, mesure ses efforts et, par la vue en surveille les résultats... »

Ces troubles de la marche sont considérablement accrus par l'occlusion des yeux ou l'obscurité, quand ils sont discrets on

peut recourir à certains exercices (exercices à la Fournier) comme la marche au commandement, la descente d'un escalier, etc...

3° *Démarche festonnante cérébelleuse* : C'est encore une démarche ataxique mais plus titubante que la précédente. Le malade, incapable de suivre une ligne droite, oscille sans cesse et se trouve porté tantôt à droite, tantôt à gauche de cette ligne, dessinant un trajet festonné. Il est rare que la titubation malgré son importance aboutisse à la chute. L'allure est assez caractéristique, le malade s'avance, ses jambes écartées élargissant sa base de sustentation ; son pied levé lentement et trop haut retombe ensuite brusquement sur le sol (dysmétrie) ; la position du tronc ne se règle plus automatiquement sur celle des membres inférieurs et détermine, surtout dans la descente d'un escalier, une attitude en hyperextension (asynergie). Les bras écartés du corps, partiellement fléchis servent de balancier pour rétablir l'équilibre sans cesse compromis.

Les troubles de l'orientation et de la direction qui sont à l'origine de l'ataxie cérébelleuse peuvent être mis en évidence dans les cas légers par l'épreuve de Babinksi et Weil, dite de la marche en étoile. Elle consiste à faire marcher le sujet les yeux fermés, et successivement en avant et à reculons, le long d'une ligne droite. Dans ces conditions, il dévie progressivement et finit par prendre une direction perpendiculaire à la première.

4° *Démarche en zig-zag ou en ciseaux des syndromes labyrinthiques* : Il s'agit d'un troube de la démarche très voisin de l'ataxie cérébelleuse. Le labyrinthique dévie de la ligne droite au cours de la marche par suite des pulsions habituellement latérales qu'il subit. Il essaie de corriger son trouble en se portant du côté opposé ; il en résulte une série d'oscillations en zigzag. Quand le trouble est plus important le malade tente de s'opposer aux pulsions latérales par le croisement de ses membres inférieurs, ce qui réalise la démarche dite en ciseaux.

5° *Démarche apraxique frontale* : Ce trouble, décrit par Burna sous le terme d'ataxie frontale, par Gerstmann et Schilder sous celui d'apraxie de la marche, est caractérisé par la diminution ou la perte de la faculté de disposer convenablement les jambes dans le but de marcher, en dehors de toute parésie. Le malade se trouve alors « cloué au sol, incapable de faire des mouvements de locomotion dans quelque direction que ce soit, même et surtout vers l'avant ; les pieds collent au sol, le malade gratte la terre avec les pointes ou essaie de sautiller » (Schnite).

Dans d'autres cas le trouble de la démarche prend l'allure d'une véritable ataxie de type cérébelleux et serait alors en rapport avec l'atteinte secondaire des voies fronto-ponto-cérébelleuses (Clovis Vincent, Delmas-Marsalet).

6° *Démarche choréique ou de pantin*. Les chorées, dans leurs diverses variétés, cliniques réalisent des mouvements anormaux irréguliers, rapides, désordonnés et de grande amplitude. Ces mouvements donnent au choréique l'allure d'un pantin à ficelle, sa marche est perpétuellement sautillante (Trousseau) irrégulièrement précipitée et ralentie ; le pied, jeté latéralement, est ramené vers la ligne médiane avant de toucher à terre (jeté battu des danseurs). Ces désordres peuvent prendre une telle intensité que la marche et même la station debout sont rendues impossibles.

7° *Démarche trébuchante des paralytiques généraux*. On a décrit chez eux (Dupré, Crouzon et Desoille) une démarche raide, gauche, incertaine, mal équilibrée, différant de l'ataxie tabétique par l'ampleur de l'incoordination, la brusquerie des mouvements qui se produisent par décharges saccadées. Blocq a comparé cette démarche à l'allure conventionnelle d'acteurs vus en silhouette dans une obscurité supposée.

IV. — Les démarches combinées

Les troubles qui affectent une démarche peuvent relever dans certains cas de mécanismes associés ou intriqués. Le déficit moteur peut se combiner à l'hypertonie, à l'ataxie, aux perturbations de l'automatisme pour réaliser des types de démarche plus complexes mais non moins fréquents.

1° *Démarche paréto-spasmodique*. C'est l'intrication la plus fréquente. Tous les syndromes pyramidaux réalisent d'une façon plus ou moins précoce l'association de spasticité et de déficit moteur.

L'hémiplégie spasmodique détermine un fauchage plus saccadé que l'hémiplégie flasque ; le membre inférieur reste en extension, la jambe étendue sur la cuisse et les pieds en extension et rotation interne, les orteils, sauf le gros, restant fléchis.

Toutes les paraplégies spasmodiques comportent un élément paralytique qui est souvent dissimulé sous la contracture mais qui peut s'exprimer par la lenteur de la marche, la fatigabilité l'impotence progressive.

2° *Démarche cérébello-spasmodique*. Elle s'observe dans les formes complètes de sclérose en plaques et s'exprime par une allure à la fois saccadée et titubante. L'élément spasmodique est généralement prédominant, l'élément cérébelleux accessoire.

3° *Démarche choréo-spasmodique* : Lhermitte et Cornil ont décrit l'association d'hypertonie pyramidale et de mouvements choréiques et individualisé une démarche « pyramido-striée ». Le sujet, soudé, avance tout d'une pièce, les membres inférieurs un peu écartés, les bras peu mobiles. Le pied est projeté brusquement en avant, le talon frappant le sol, les muscles sont contractés et les pas extrêmement courts.

L'association choréo-sthétosique peut également s'observer elle réalise une démarche très voisine de la précédente mais avec association d'élévation des bras et de mouvements de reptation des doigts.

4° *Démarche tabéto-spasmodique* : Cette association s'observe dans le tabès combiné et se traduit cliniquement par « un enchevêtrement assez complexe de symptômes tabétiques et de signes pyramidaux » (Rimbaud). En pratique, le tabès combiné réalise une paraplégie avec démarche traînante, à prédominance spastique mais dans laquelle il est impossible de mettre en évidence quelques éléments d'incoordination et d'ataxie.

5° *Démarche tabéto-cérébelleuse* : Décrite par Charcot comme caractéristique de la maladie de Friedreich, elle associe véritablement l'ataxie du tabétique aux troubles de l'équilibre du cérébelleux ; « le malade avance avec la plus grande difficulté, en titubant, les jambes écartées ; il lance ses membres inférieurs, fauche ou talonne, perd l'équilibre, se sert de ses bras écartés comme d'un balancier, ne pouvant même pas utiliser comme appui la canne qu'il tient maladroitement entre ses doigts » (Rimbaud).

6° *Démarche avec pulsions, tractions et torsions* : Chez certains sujets la démarche peut être encore modifiée par des pulsions ou des tractions qui s'exercent de façon permanente ou passagère et qui s'expriment par des modifications importantes dans l'attitude ou dans l'allure.

a) *Propulsion des parkinsoniens* : Au cours de la marche comme dans l'immobilité orthostatique le parkinsonien peut être entraîné en avant (plus rarement en arrière) par la contraction des muscles abdominaux ou lombaires ; il en résulte des attitudes en hyperflexion, hyperextension forcée, assez singulières. Pour éviter la chute le malade se voit alors souvent contraint à prendre le pas de course (Parkinson). La marche, d'abord lente et incertaine s'accélère progressivement pour se transformer bientôt en une course rapide. Le malade, selon l'expression de Trousseau, court après son centre de gravité.

b) *Latéropulsion des cérébelleux et des labyrinthiques* : La démarche festonnante ou zigzaguante de ces malades est en partie provoquée par les pulsions latérales qu'ils subissent et contre lesquelles ils essaient de réagir. Quand la lésion est latérale, la pulsion se produit du côté correspondant.

c) *Spasmes de torsion* : Enfin les contractures musculaires involontaires de la dysbasie lordotique peuvent interrompre la marche de façon rythmique et lui imprimer un caractère de particulière étrangeté.

V. — Démarches psychopathiques

A l'instar des syndromes organiques bien individualisés les psychonévroses et certains états démentiels peuvent marquer la démarche d'une empreinte spéciale, parfois même entraîner des perturbations graves et durables.

1° *Démarches des anxieux* : Beaucoup de psychosthéniques anxieux présentent des anomalies mineures et souvent singulières de la marche. Ce sont de véritables tics résultant d'impulsions motrices obsédantes comme le frottement de la pointe du pied ou du talon, le frottement d'un genou contre l'autre, le choc rythmique de la semelle. Ces atypies de la démarche font, partie des stigmates moteurs des psychoses d'angoisse (Janets Lévy-Valensi). On peut observer égalcment dans ces états, de. inhibitions fonctionnelles plus ou moins tenaces (basophobies)

2° *Démarche des hystériques* : L'hystérie peut être considérée (Kraepelin) comme une aptitude à exprimer les états psychiques par des réactions somatiques. Les anomalies de la marche sont parmi ces dernières. La marche peut être complètement impossible (abasie), ainsi que la position debout (astasie-abasie), ou seulement genée, inhibée, réalisant alors les allures les plus singulières.

Laignel-Lavastine et Cambon ont précisé quelques-uns des nombreux aspects de ces démarches à propos des psychonévroses de guerre. Certains simulent des syndromes organiques : démarche pseudo-lacunaire à petits pas, démarche pseudo-cérébelleuse, démarche désordonnée ou de pantin ; d'autres ne comportent que des anomalies mineures, démarche embourbée

ou de pachyderme, démarche de baigneur, de frotteur, démarche par bordées, etc...

Le diagnostic de ces variétés de démarches anormales est généralement aisé, même quand le trouble moteur se présente comme rigoureusement isolé en apparence. Elles ont souvent (Neri) un caractère paradoxal provoqué par le contraste entre l'importance des signes fonctionnels et l'absence de signes neurologiques objectifs. Henner (de Prague) a souligné l'importance dans cette discrimination, du signe du funambule. Quand un sujet titube par suite d'une difficulté réelle de la marche, il élargit sa base de sustentation ; dans les basophobies d'origine névrosiques, le sujet pose au contraire ses pieds l'un devant l'autre, le talon contre la pointe du précédent, réalisant un exemple de démarche paradoxale qui ne s'observe dans aucune affection organique.

3° *Démarches stéréotypées* : Les stéréotypies, apanage des démences paranoïdes, réalisent et répètent, toujours identiques à elles-mêmes des attitudes ou une allure donnant à la démarche un caractère de bizarrerie ou d'étrangeté : marche linéaire, piétinements, balancements, haltes rythmiques. Ces atypies peuvent simuler les tics moteurs des anxieux bien qu'étant d'une signification essentiellement différente.



Ainsi l'examen méthodique de la démarche peut contribuer utilement à l'établissement d'un diagnostic neurologique, et doit faire partie de tout examen clinique systématique. La cinématographie permet d'analyser avec plus de précisions les anomalies qui troublent la marche et d'en fixer les aspects. Elle reste à la base de l'étude scientifique des démarches anormales.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Anorexie et excitants de l'appétit (1)

Par **André LEMAIRE**

Faim et appétit sont deux manifestations physiologiques différentes l'une de l'autre, mais souvent confondues. La faim est la traduction consciente du besoin de manger, dont les baillements, la céphalée, la lassitude, les crampes épigastriques sont les symptômes bien connus. Elle a un rythme assez précis et survient six heures après le repas du matin, douze heures après celui du soir. Elle « consiste principalement dans les contractions de l'estomac due à l'hypoglycémie du jeûne et se manifestant dans le champ de la conscience par une douleur qui avertit le sujet du besoin d'aliments » (P. Gley).

L'appétit au contraire, trop souvent considéré comme une faim légère est un ensemble de réflexes conditionnels ayant pour but de préparer l'organisme à recevoir les aliments. L'excitant conditionnel est la perception ou la représentation mentale des aliments ; les voies centrifuges sont les nerfs sécréteurs des glandes salivaires et les filets gastriques du pneumogastrique ; la traduction en est une sécrétion à la fois salivaire (suc d'appétit) et gastrique (sécrétion psychique), déclanchant à l'avance le travail des glandes digestives. L'appétit est d'autant plus utile que la sécrétion de ces glandes due à l'irritation locale directe par les aliments est souvent ou très retardée de 15 à 45 minutes (viande) ou même absente (pain blanc).

Faim et appétit sont donc deux phénomènes différents, allant généralement de pair dans leur survenue physiologique comme dans leurs perturbations pathologiques, bien que l'appétit puisse exister seul, sans la sensation de faim.

Ces quelques données permettent de prévoir à l'anorexie deux mécanismes essentiels qui sont : d'une part, la diminution ou l'absence des sécrétions digestives préprandiales ; d'autre part, le défaut d'évacuation gastrique. Contre la première de ces causes lutteront les médicaments apéritifs ou amers ; contre la seconde, les médicaments dialytiques.

I. LES AMERS. — Ils ont été vantés dès la plus haute antiquité, mais c'est seulement au XIXe siècle que s'amorce leur étude scientifique. La première étude générale de leurs propriétés pharmacodynamiques faite en France date de 1930, elle est due au Professeur Loeper et à ses élèves. M. Leclerc leur a consacré également un excellent article auquel nous ferons de larges emprunts.

Les amers sont des médicaments d'origine végétale caractérisés par une saveur amère plus ou moins intense. Leur nature, leurs dominantes pharmacodynamiques ont permis à M. Loeper d'en distinguer plusieurs types :

a) *Les amers purs* ont pour type la gentiane. On emploie la racine, qui contient plusieurs glucosides, sous forme de poudre (0 gr. 20 à 1 gramme), d'extrait (0 gr. 10 à 0 gr. 50), de vin (30 grammes) ou de teinture (XXX à L gouttes).

De la même famille, la menyanthe trifoliée, la petite centaurée, le charbon bénit s'emploient à la dose de 0 gr. 50 à 5 grammes sous forme de poudre. On peut prescrire par exemple :

Teinture de gentiane ou de chardon bénit...	30 grammes
Teinture d'angélique...	20 grammes
Essence d'anis	V gouttes
ou de citron...	III gouttes

L gouttes à chaque repas.

Le chardon bénit peut actuellement remplacer, deux autres amers purs d'un emploi classique l'un venant de Madagascar, le *colombo*, l'autre de la Guyane, le *quassia* — qui s'emploient tous deux sous forme de poudre (0 gr. 20 à 0 gr. 50) d'extrait (0,05 à 0 gr. 30), de vin (30 grammes) et de teinture (XX à XL gouttes).

Leurs glucosides sont peu employés sauf la *quassine* amorphe ou cristallisée ;

b) *les amers aromatiques* ou carminatifs qui possèdent une essence odorante.

Outre la *tanaisie*, ambrosia des anciens —, outre l'armoise, le houblon — ce sont surtout l'*absinthe*, symbole littéraire classique de l'amertume, à prescrire en teinture ; la *camomille* sous forme de teinture (XL gouttes, 2 fois par jour) et non pas d'infusion ; l'*orange amère* non en sirop mais sous forme de vin.

On peut ainsi formuler :

Teinture d'absinthe...	20 grammes
Teinture d'angélique...	10 grammes
Essence d'anis vert...	V gouttes

XX à XXX gouttes

et encore :

Ecorces d'oranges amères...	30 grammes
Racines de gentiane...	20 grammes
Vin blanc...	1 litre

Un verre à bordeaux avant le repas.

c) *Les amers astringents* contiennent du tanin qui peut avoir l'inconvénient d'irriter la muqueuse gastrique. Le *quinquina*, surtout fébrifuge, est aussi un eupeptique dont on donne l'écorce, sous forme de poudre (1 à 5 grammes), vin (20 grammes), teinture (L gouttes).

Le *condurango* longtemps considéré comme spécifique du cancer de l'estomac est peut-être, en effet, analgésique. L'écorce se prescrit en poudre : 1 à 3 grammes.

Le *fenugrec* qui contient de la trigonelline, des lécithines, des phytostérines, est un eupeptique de haute valeur. On utilise la graine qu'on prescrit sous forme de : poudre (3 grammes), extrait (5 grammes), teinture (5 grammes).

Ces astringents étant d'origine exotique, on peut envisager comme médicaments de remplacement : la pervenche (extrait fluide 3 grammes) et l'achillée millefeuille (teinture : 2 fois L gouttes).

a) *les amers purgatifs* contiennent outre leur principe amer, de l'émodine. Ainsi en est-il de l'aloès (pilules de 0,02 et tein-

(1) Leçon faite à l'Institut de Thérapeutique. Clinique médicale thérapeutique de l'Hôpital Saint-Antoine (Professeur M. LOEPER) et recueillie par M. ROYER, interne des hôpitaux.

ure : XX gouttes), et de la rhubarbe (poudre 0,10 et teinture, L gouttes).

e) *les amers nervins* enfin contiennent de la strychnine. Graine du vomiquier, la noix vomique est le plus amer des amers, stimulant de façon considérable la salivation et la motricité gastrique. Sa teinture est administrée à la dose quotidienne de XX gouttes.

La fève de Saint-Ignace, encore plus riche en strychnine, se donne sous forme de la teinture composée connue sous le nom de gouttes amères de Baumé : X à XX gouttes par jour.

Tels sont les amers. On les prescrit soit sous forme simple soit le plus souvent en association. Quelques-unes de ces associations sont historiquement célèbres : *hiera picra ex aloe*, pilules de Moscou (colombo, gentiane, quassia et bile), pilules ante-cibum, élixir de longue vie (rhubarbe, gentiane, aloès) élixir de Gendrin, élixir de Garus, etc.

Insistons sur deux éléments importants dans la prescription des amers. D'abord sur l'intérêt qu'il y a à utiliser leur propriété majeure l'amertume, c'est-à-dire à obtenir leur contact avec la muqueuse linguale, on les prescrira donc sous forme de teintures, de vins, d'infusions, de décoctions et non de pilules et de cachets qui ne mettraient pas en jeu toutes les sécrétions digestives recherchées. Ensuite sur les inconvénients d'une prescription trop prolongée non pas tant par crainte de la gastrite médicamenteuse décrite par Hayem dont le tanin, les essences, l'alcool pourraient toutefois être responsables, que du fait de l'accoutumance possible de l'organisme à leur action : d'où la nécessité de varier les divers amers prescrits et surtout d'en alterner l'usage avec celui des médications hépatique, vésiculaire, intestinale, indiquées par le type de la dyspepsie causale.

Si l'action thérapeutique des amers a été reconnue dès la plus haute antiquité, leur action physiologique a été longtemps controversée. C'est ainsi qu'au cours du XIXe siècle, on a invoqué en leur faveurs divers modes d'actions : excitation digestive sécrétoire (Osterlin), modifications circulatoires (Traube et Köhler), action antiseptique intestinale (Pribram), action sur la nutrition générale (Pohl).

Récemment, M. Loeper et ses élèves ont repris cette étude pharmacodynamique et décrit aux amers une action locale digestive et une action générale à distance.

L'action gastrique est dominante. Son mécanisme est double. Il consiste en une sécrétion réflexe due à la sensation d'amertume sur la muqueuse linguale et démontrée par la technique du petit estomac de Pavlov et en une sécrétion par irritation directe de l'estomac vérifiée par M. Loeper : l'introduction des amers à la sonde gastrique détermine une chlorhydrie maxima en 30 à 45 minutes et une leucopédèse gastrique atteignant 2.000 éléments par millimètre cube. Celle-ci n'est jamais aussi importante que la leucopédèse de digestion (Loeper et Marchal), mais elle est plus marquée que la leucopédèse habituelle d'appétit. En outre, les amers excitent la contraction du muscle gastrique comme le montre l'étude radiologique du transit gastrique. Dans l'ensemble, il y a des variations d'effets suivant les amers : la quassine est surtout excito-sécrétoire : la strychnine plutôt excito-motrice.

On retrouve ces mêmes effets sur l'intestin : action excito-sécrétoire de l'absinthine, de la quinine et de la quassine démontrée par Jodbauer, action excito-motrice étudiée par Loeper et Lemaire démontrée pour la gentiane, la quassine, le colombo en injection intra-veineuse ; inversée au contraire avec le condurango ; enfin très nette avec le fenugrec directement introduit dans l'intestin.

Au-delà du tube digestif, les amers possèdent d'autres actions qui peuvent entrer en ligne de compte dans le choix thérapeutique d'un amer. C'est ainsi que certains ont un rôle sur la glycogénolyse hépatique ; augmentent ou diminuent les contractions de la vésicule biliaire, ralentissent le cœur isolé de la grenouille, abaissent, en injection intraveineuse, la tension artérielle de façon transitoire, déterminent une hyperleucocytose avec polynucléose chez l'animal et l'homme (Loeper et Degos), excitent le système nerveux (quassine, strychnine), enfin, et ceci pour le fenugrec qui, par sa richesse en corps phosphorés et en stérols augmente la graisse, économise l'azote, abaisse la glycémie, peuvent avoir une action sur la nutrition générale.

Nous signalerons pour en finir avec la pharmacodynamie des amers l'action fébrifuge du quinquina, l'action topique et cicatrisante de la gentiane, l'action emménagogue de l'absinthe, de l'armoise, de la quassine à proscrire pendant les règles et la grossesse, l'action aphrodisiaque classique du houblon.

Les indications thérapeutiques des amers sont très étendues : toutes les formes d'anorexie chronique élective ou totale relevant de dyspepsies, de cancers, de ptoses, d'entérites, de tuberculose peuvent bénéficier de cette médication, sauf toutefois l'anorexie mentale qui est une restriction volontaire de l'alimentation. Plus particulièrement seront indiqués les amers purs chez les hypotoniques, les aérophages, les petits anxieux ; les carminatifs chez les flatulents et les ptosiques ; les astringents chez les diarrhéiques, la pervenche chez les tuberculeux, la millefeuille chez les dysménorrhéiques, les purgatifs chez les constipés, les nervins chez les atoniques, chez les leiasthéniques.

*
* *

Il convient dans certains cas de faire alterner avec la médication apéritive *la médication dialytique*. Elle s'adresse spécialement à l'anorexie par retard d'évacuation de l'estomac. Elle repose sur les lois générales des fonctions sécrétoires et évacuatrices de l'estomac : plusieurs expériences le sont établies. Roth et Strauss ont d'abord montré l'existence d'une sécrétion gastrique de dilution, différente de la sécrétion peptique. Carnot et Chassevant ont ensuite prouvé qu'à l'introduction d'une solution saline non isotonique, l'estomac répondait par un appel ou une résorption d'eau rétablissant l'isotonicité. Enfin, Loeper et Esmonet ont précisé l'influence de la concentration moléculaire sur les fonctions gastriques, l'optimum de concentration correspondant au point cryoscopique $\Delta =$ 0,38 à 0,40. La conclusion pratique en est que pour faciliter l'évacuation gastrique, que son retard soit consécutif à une lésion ou à un trouble fonctionnel, on a intérêt à diluer le contenu gastrique avec une solution ayant la concentration optima.

Ce sont là les bases de la médication dialytique qui utilise différentes formules dont les plus connues sont :

— la formule de Mathieu :

Sulfate de soude........................	6 grammes
Chlorure de sodium......................	1 »
Bicarbonate de soude....................	4 »

Pour un litre d'eau. 1 verre à Bordeaux avant le repas.

— la formule de Bourget :

Bicarbonate de soude..........	6 grammes	ou 7 grammes
Phosphate de soude...........	4 »	ou 2 gr. 5.
Sulfate de soude..............	2 »	ou 2 gr. 5

Pour un litre d'eau. 1 verre à Bordeaux avant le repas.

— la formule de Hayem :

Chlorure de magnésium..................	2 gr. 50
Chlorure de sodium.....................	2 gr. 50
Bicarbonate de soude...................	2 grammes

Pour un litre d'eau. 1 verre à Bordeaux avant le repas.

Le chlorure de magnésium se signale dans cette dernière formule par son effet léiotonique. Rappelons que la banale infusion post-prandiale à condition qu'elle ne contienne que six grammes de sucre pour 100 peut être considérée comme une solution dialytique.

Telles sont les médications de l'appétit. Pour en renforcer l'effet, on se rappellera que la faim a une certaine corrélation avec l'appétit et qu'ainsi l'hygiène alimentaire, l'horaire rigoureux des repas, les exercices corporels, la vie au grand air, les douches froides en stimulant celle-là activent celui-ci. On se rappellera surtout que l'appétit est un ensemble de réflexes conditionnels facilement influencés par la suggestion, les préjugés, le degré d'attention, d'où la nécessité qui doit toujours être présente à l'esprit du médecin, d'une certaine stimulation du psychisme qu'obtiendra l'art gastronomique vanté par Brillat-Savarin, et, plus spécialement dans les circonstances actuelles, si l'on en croit M. de Pomiane, la gastrotechnie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1942

Anthropométrie des enfants atteints d'obésité simple. — *M. Pierre Nobécourt.* — L'obésité simple est celle pour laquelle l'examen clinique ne décèle aucun signe d'une affection endocrinienne ou nerveuse susceptible de jouer un rôle dans l'étiologie et la pathogénie. L'anthropométrie d'enfants de 6 à 15 ans, garçons et filles, conduit aux constatations suivantes :

1° La *taille* est généralement moyenne pour l'âge. Assez souvent il y a de l'hypertrophie staturale, rarement de l'hypotrophie staturale ;

2° Le *poids* est comparé au poids moyen pour la taille et non pour l'âge. Pour permettre de comparer des enfants d'âges différents, on calcule l'excès pondéral pour 100. Chez mes malades cet excès est compris, pour les garçons, entre 26,8 et 81,2 pour les filles, entre 22,8 et 61,7. Les obésités fortes et très fortes (excès de 40 p. 100 et au delà) sont plus fréquentes de 13 à 15 ans que de 6 à 12 ans, surtout chez les filles : les filles de 6 à 12 ans présentent souvent, plus souvent que les garçons, des obésités légères ou moyennes (excès de 16 à 39 p. 160) ;

3° Le *périmètre thoracique*, à hauteur de l'appendice xyphoïde est également comparé à la moyenne conforme à la taille. L'excès pour 100, chez mes malades est notablement plus fort pour les garçons (15,4 à 38) que pour les filles 1,2 à 10,2) ; il ne présente aucune relation avec l'excès pondéral. Cette constatation précise que le panicule adipeux, au niveau de la ceinture, est relativement plus épais chez le garçon que chez la fille ;

4° Le *coefficient de Pignet* traduit la corpulence en donnée numérique. Sa réduction pour 100 sur le coefficient moyen conforme à la taille est, chez le garçon, de 60 à 100, chez la fille de 29,7 à 114.

L'anthropométrie précise l'influence de la sexualité dans les obésités simples des enfants.

Action bactéricide de l'oxyde d'éthylène à l'état gazeux. — *MM. H. Velu, A. Lepigre et P. Bellocq.* — L'oxyde d'éthylène, à la concentration de 200 grammes-mètre cube et même de 100 grammes seulement par mètre cube a montré des propriétés bactéricides très énergiques pour les spores de bacille anthracoïde très résistantes ; elle ne demande que quelques heures.

On voit l'intérêt capital que cela peut présenter pour la stérilisation des vêtements, de l'air des salles d'ensemencement, d'opérations, de contagieux, destruction des insectes parasites temporaires, etc.

Une nouvelle méthode d'étude du pouvoir protecteur des eaux minérales. — *M. R. Pierret* — L'auteur montre que certaines eaux minérales (La Bourboule) injectées a l'animal entre les injections préparante et déchaînante du phénomène de Shwarzman, preservent l'animal contre tout phénomène hémorragique.

Indications de l'angiothérapie artérielle. — *M. J. de Fourmestraux.*

Election du vice-président pour 1942. — Au 1er tour de scrutin (76 votants) obtiennent : M. Balthazard, 35 voix ; M. Vincent, 8 voix ; M. Couvelaire, 2 voix ; bulletins, blancs, 31.

Au 2e tour (76 votants) : M. Balthazard, 36 voix ; M. Vincent 3 voix ; M. Couvelaire, 3 voix ; M. Delbet, 1 voix ; bulletins blancs, 33.

Au 3e tour (75 votants) : M. Balthazard, 38 voix ; M. Couvelaire, 3 voix ; M. Portier, 2 voix ; MM. Achard et Vincent, 1 voix ; bulletins blancs, 30.

M. Balthazard est proclamé élu vice-président.

Séance du 27 janvier 1912

Etude de l'état réfractaire naturel à l'égard du virus poliomyélitique. — *M. Levaditi.* — L'activité pathogène, pour la souris, du virus poliomyélitique (souche Lansing) est en fonction des dilutions, celle au cinquantième paraissant correspondre à la concentration dite « critique ». L'immunité naturelle anti-poliomyélitique est oscillante et peut revêtir les caractères d'un phénomène réversible. Le taux de la résistance semble s'accroître à chaque inoculation d'épreuve, soit par suite d'une sélection en faveur de sujets de plus en plus réfractaires, soit du fait de l'intervention d'un facteur additionnel spéficiquement vaccinant.

Qualité hygiénique du lait faisant l'objet de distributions spéciales. — *M. G. Thieulin* propose que la fourniture de lait aux établissements hospitaliers fasse l'objet d'un cahier des charges, et que le lait écrémé livré aux écoles provienne d'un lait frais et soit effectivement pasteurisé ; il rappelle que H. Porcher avait en 1917, préconisé l'obtention de lait écrémé, frais, pasteurisé, puis concentré à la moitié de son volume afin d'éviter le transport inutile d'un poids important d'eau : ce lait écrémé « double » pouvant apporter aux enfants et aux adultes le complément cherché d'une ration alimentaire insuffisante.

Les effets des carences alimentaires sur certains éléments du sang. — *MM. J. Girard, P. Louyot M. Vérain* sur 90 malades examinés, ont constaté des troubles objectifs que l'on pouvait classer par ordre de frequence de la façon suivante :

Augmentation du temps de saignement (constant) ; hypoglycémie (70 p. 100) ; hyposcorbémie (70 p. 100) ; mononucléose (58 p. 100) ; éosinophilie (54 p. 100) ; augmentation de la valeur globulaire (53 p. 100) ; fragilité vasculaire (44 p. 100) ; légère anémie (25 p. 100).

L'Ordre des médecins et la loi du 31 décembre 1941. — *M. Balthazard.* — La loi du 31 décembre 1941 permettra de corriger certaines dispositions incohérentes, arbitraires et parfois même illégales du Code de deontologie. Mais il est regrettable qu'elle comporte une nouvelle dérogation au principe du secret professionnel.

Sur la limitation temporaire des exercices physiques pendant la période des grandes restrictions alimentaires. — *M. Ch. Richet* insiste sur la nécessité, jusqu'au moment où l'alimentation sera devenue normale, de supprimer les manifestations de sport athlétiques, les compétitions sportives, de limiter à une heure par semaine le temps consacré dans les écoles, aux exercices physiques.

Ses conclusions sont adoptées par l'Académie.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1942

Septicémie à perfringens. — *M. Welti* en a observé un cas typique.

Maladie de Besnier-Boeck. — *M. Bazy* rapporte un travail de M. Malgras sur une forme splenomégalique de cette maladie génerale, souvent primitivement cutanee, qui atteint tous les organes, mais dont la localisation splénique est rare. Dans le cas rapporté c'est la biopsie d'une petite lésion cutanée qui permit le diagnostic. La recherche d'une étiologie tuberculeuse a révélé plusieurs lésions torpides mais indiscutables des poumons et de certains os. Une radio des mains montra également un aspect typique de la maladie de Besnier-Boeck. Une splénectomie put être pratiquée : on enleva une grosse rate bourrée de follicules à cellules géantes. Le rapporteur envisage les notions acquises sur cette affection et discute les moyens d'en faire le diagnostic.

Luxation sous astragalienne récente du pied en dedans. — *MM. Giraud et Kliszowski* ont vu un cas de cette affection relativement rare. La reduction sans anesthésie fut facile et suivie de résultats fonctionnels satisfaisants. (M. Sauvé rapporteur).

Blocages tendineux digitaux. — *M. Fèvre* communique un travail de M. Grinda (Nice) qui réunit sous cette dénomination des flexions permanentes des doigts et des doigts à ressort, types extrêmes du même mécanisme. Il s'agit dans quatre cas d'adultes, ce qui n'est pas fréquent. Chez l'enfant, le pouce est spécialement frappé, mais le blocage peut atteindre toutes les gaines à tous les âges. C'est au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne qu'il se rencontre le plus. Le nodule tendineux anormal franchit difficilement ou pas la gaîne et empêche le glissement du tendon. Il suffit d'une incision de la gaîne pour obtenir la guérison.

Gastrectomie ou gastro entérostomie. — ***M. Métivet*** défend la gastrectomie dans le cancer et la gastro-entérostomie dans l'ulcère. Dans ce dernier cas il faut avoir longuement traité le malade avant de l'opérer. Jamais d'anesthésie locale, mais des bouffees d'anesthésie générale, Alimentation immédiate dès le retour du malade dans son lit.

M. Hartmann a relevé ses operations pour ulcères gastro-duodénaux. 108 gastro-entérostomies et 98 gastrectomies ont donné le même pourcentage de mortalité (4 cas). Les suites éloignées des gastro-entérostomies sont dans l'ensemble bonnes surtout à distance. La gastrectomie donne de meilleurs résultats immédiats, mais il semblerait que les ulcères peptiq'ues soient plus fréquents d'après certains auteurs après lectomie (Moutier). Pour les ulcères de la petite courbure, la gastro-entérostomie a donné toute satisfaction. L'augmentation de poids après cette opération est plus rapide que après gastrectomie. Mais il faut très bien faire la gastro-entérostomie.

M. Rouhier fait plus souvent des gastro-entérostomies pour les ulcères et s'en montre satisfait.

M. Bréchot s'était fait le défenseur de la gastrectomie dans les ulcères à triple point de vue physiologique, anatomo-pathologique, et pour éviter la cancérisation toujours possible. Depuis 1906, l'évolution des faits a été telle que les arguments physiologiques ont perdu de leur valeur. Mais la gastrectomie large demeure nécessaire pour enlever le plus possible de muqueuse irritée ou ulcérée. Les résultats cliniques lui paraissent indiscutablement meilleurs. Donc faire une gastrectomie le plus souvent possible, mais tout dépend d'une question d'opportunité. Le plus difficile est pour le chirurgien de savoir limiter la gastrectomie de manière à avoir de bonnes sutures. Le risque de fistules duodénales est négligeable si on décolle bien le duodénum pour l'enfouir. Un moyen correct est de commencer par la section médiane de l'estomac.

M. Sénèque dit que la gastrectomie ne donne pas plus de mortalité que la gastro-entérostomie. Les résultats éloignés sont meilleurs dans la gastrectomie ; pas de douleurs, pas d'hémorragies antérieures, pas de risques de cancérisation secondaire. Enfin il n'est pas toujours aisé, même pièce en main, même au microscope, de faire le diagnostic entre ulcère et cancer. Donc, pour l'ulcère de la petite courbure, toujours faire une gastrectomie. Pour l'ulcère du duodénum, si on y constate moins les complications précédentes, on obtient cependant de meilleurs résultats avec l'ectomie. Dix-sept fois enfin des échecs sérieux de la gastro-entérostomie l'ont obligé à réopérer et à faire une gastrectomie.

M. Métivet dit que la gastro-entérostomie correspond surtout aux cas de sténose marquée, avec petite hyperchlorhydrie, évoluant depuis longtemps et qu'il serait intéressant de préciser ses indications alors qu'actuellement celles de la gastrectomie sont bien connues et admises par tous.

Sur la gastrectomie totale. — ***M. Sénèque*** l'a fait deux fois et a eu deux decès, l'un par shock immédiat, l'autre par désunion des sutures gastro-œsophagiennes. Quelles sont les indications de cette opération ? Elle est souvent de nécessité : 1° Cancers diffus étendus à tout l'estomac mais sans métastase. Elle est toujours très sévère dans ce cas ; 2° Cancer limité mais haut situé de la petite courbure ; 3° Cancers du corps avec lymphangite périnéoplasique empêchant de faire une gastrectomie subtotale. Enfin certains se demandent si la gastrectomie totale ne serait pas par principe préférable au point de vue physiologique en cas de cancer. La mortalité toujours très importante de l'ectomie dans le cancer ne permet pas d'en étendre à la légère les dimensions.

Spondolyse. — ***M. Moulonguet*** communique des radiographies demonstratives de ce processus chez un sujet âgé, qui n'avait pas subi de traumatisme.

Séance du 28 janvier 1942

Gastrectomie ou gastro-entérostomie. — ***M. Basset*** a vu de bons resultats de la gastro-entérostomie dans l'ulcère. Le fait qu'on en trouve la bouche éloignée du pylore est peut-être due à l'allongement secondaire de la portion gastrique située en aval de la bouche.

M. Banzat pense qu'il n'y a qu'une faible mortalité dans la gastrectomie : 2 morts sur 117 opérations. La gastro-entérostomie n'est donc qu'une intervention exceptionnellement indiquée.

Tétanos post-abortum. — ***MM. Brocq*** et ***J. Brenier*** en apportent un cas suivi de mort au quatrieme jour malgré la mise en œuvre d'un traitement énergique. Il est rare que le tétanos post abortif affecte la forme splanchnique pure. L'hystérectomie accompagnée d'infiltrations du sympathique lombaire, antishocks, est toujours indispensable.

Volvulus aigu du cœcum. — ***MM. Debeyre*** et ***A. Rouvillois*** présentent une observation typique de volvulus cœcal, avec des clichés radiologiques montrant un énorme ballon aéro-liquidien moulé sur le foie et le diaphragme. L'intervention confirma l'existence d'un volvulus qui fut détordu sans peine. Du point de vue évolutif, le volvulus se fit en deux temps. Anatomiquement il s'agissait d'une torsion véritable et non d'une simple plicature. (Rapport de M. J. Gosset).

Sulfamidothérapie des plaies de guerre et gangrène gazeuse dans un H. O. E. primaire. — ***M. Cappette*** rapporte ce travail de ***A. Béclère, Delinotte*** et ***Bouroullec.*** Près de cinq cents blessés qui ont été traités par pulvérisations locales de 1162 F, et traitement buccal de sulfamides ont guéri dans des proportions extrêmement importantes. Certaines gangrènes gazeuses ont également pu être neutralisées.

Les auteurs décrivent ensuite leurs résultats suivant le siège des blessures. L'ensemble montre qu'il n'y a eu aucune gangrène chez ces malades correctement traités. De plus il n'y a eu aucune suppuration ultérieure ni dans les plaies articulaires ni dans les plaies thoraciques.

M. Lenormant expose que la chimiothérapie adoptée en France, ne semble pas avoir le même retentissement à l'étranger où l'on critique du point de vue scientifique les résultats cliniques observés par nous.

M. J. Gosset, dans un cas récent de gangrène gazeuse de la fesse chez un malade en état de misère physiologique, a vu contre tout espoir, grâce aux sulfamides, la guérison survenir.

M. S. Blondin a également constaté des guérisons extraordinaires de gangrènes diverses, malgré les pires conditions d'hygiène et de traitement. La sulfamidothérapie est incontestablement un élément de transformation complète du pronostic des plaies.

M. R. Monod est du même avis.

Suites éloignées du cancer du sein. — ***M. Hartmann*** a éte frappé de la fréquence des récidives tardives bien après le laps de trois ans, communément admis. Les récidives locales rapides ayant diminué, le nombre des récidives éloignées paraît proportionnellement plus important qu'autrefois. La statistique de l'auteur comporte des récidives relativement fréquentes entre cinq et quinze ans. La récidive locale une fois constatée entraine une mort rapide en un ou deux ans. Elle n'est souvent que la manifestation locale d'une généralisation. Ce fait rendrait inutile un traitement local, mais à condition que l'etat général soit altéré et prouve la généralisation.

Inversement une récidive locale, avec un état général conservé, impose soit le traitement chirurgical, soit l'emploi des rayons qui amènent des survies prolongées.

Les métastases sans récidives cutanées peuvent être aussi d'apparition tardive (jusqu'à vingt ans après). En général leur évolution est rapide, cependant la radiothérapie peut donner là encore des survies prolongées.

L'apparition de cancers dans un autre organe (24 cas), soit avant que se manifeste le cancer du sein (6 cas), soit après, n'est donc pas exceptionnelle. On peut donc se demander s'il s'agit de cancers du sein primitifs ou secondaires : en fait il s'agit de cancers multiples parfois, mais parfois aussi de métastases, si curieuse que soit cette hypothèse.

M. Richard apporte un cas de néoplasme du sein gauche qui, vingt-deux ans après, fit une fracture spontanée révélatrice d'une métastase tardive. Un autre cas de fracture métastatique consolida correctement et donna une survie de dix-huit mois.

M. Mondor a observé une récidive quatorze ans après une mammectomie. Il fit une opération ganglionnaire suivie d'une survie de six ans. Puis récidive pleuro-pulmonaire et mort. Le sommeil des cellules cancéreuses dans les ganglions axillaires n'est pas chose infréquente. On l'a constaté souvent. Les récidives éloignées sont connues jusqu'à 42 ans (Halsted). Il semble que la grossesse après un cancer du sein opéré, favorise l'évolution d'un cancer du sein aigu de l'autre côté. La chirurgie des récidives n'est pas aussi décevante qu'on le dit et mérite d'être essayée (survies de 22 à 29 ans dans certains cas). On peut dire que la plupart des malades finissent par faire une récidive si on la suit suffisamment longtemps. Mais, si la récidive est tardive, est-elle plutôt locale ou plus souvent métastatique ? Il semble qu'elle soit plutôt locale et donc justiciable de l'acte chirurgical.

M. Monod a vu une récidive 22 ans après l'ablation du sein.

L'exérèse de la récidive longtemps supportée, amena une généralisation rapidement mortelle. Y a-t-il donc intérêt ou danger à opérer ces récidives ? Là est le problème thérapeutique.

M. Petit-Dutaillis a pu opérer une récidive cérébrale tardive d'un cancer du sein. Survie de deux ans, puis récidive cérébrale. Nouvelle opération. Nouvelle récidive un an après et toujours cérébrale. Donc deux récidives sur place sans généralisation par ailleurs.

M. Roux-Berger pense que le délai de cinq ans sert de base aux statistiques, mais n'a pas d'autre valeur. Le silence des cellules cancéreuses abandonnées est actuellement inexplicable. Malgré les faits exposés par les auteurs, rien ne doit à l'heure actuelle être changé à notre pratique pour rétrécir l'étendue des exérèses ou de la radiothérapie.

M. Hartmann en conclusion, insiste sur le fait de la brutalité d'évolution des récidives même très tardives, après un long sommeil.

Présentation d'instrumentation. — *M. R. Bernard.* — Davier pour ostéosynthèse du fémur.

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1942

Sur l'existence de la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle au cours des leucémies. — *M. Lucien Rouquès* rappelle d'abord que son existence ne fait pas de doute pour certains auteurs. Mais sur 20 leucémiques qu'il a observés, 3 seulement présentaient des signes médullaires frustes pouvant représenter l'ébauche d'une sclérose combinée : et les autopsies n'ont montré aucune lésion de dégénérescence combinée subaiguë. Aucune des observations anciennes partout citées de sclérose combinée leucémique n'est à retenir. Il n'existe aucun cas anatomo-clinique de dégénérescence combinée pure de la moelle au cours des leucémies ; l'existence de cette complication paraît donc des plus douteuses et les signes médullaires frustes parfois observés chez les leucémiques, en dehors des compressions, paraissent devoir être rattachés avec plus de vraisemblance à des lésions vasculaires.

Des heureux effets de l'hormone lutéinique dans un cas d'hématémèse et de crises de tétanie à répétition. — *MM. Etienne Chabrol, Claude Béclère, Jean Sallet* et *J. Blanchard* rapportent l'observation d'une femme atteinte d'aménorrhée recente, qui a présenté au tournant de la quarantaine, pendant deux années, des crises de tétanie accompagnées d'hématemèses et de poussées fébriles quasi-continues.

Après l'échec de la thérapeutique folliculinique, qui avait provoqué une recrudescence des hémorragies, les auteurs ont trouvé une précieuse indication dans les dosages hormonaux : taux élevé de l'hormone gonadotrope (50 U. S.) et excès de la folliculine urinaire (800 U. I). Ils ont été ainsi conduits à pratiquer deux injections mensuelles d'hormone lutéinique qui eurent pour résultats la réapparition immédiate des règles et la reprise du cycle menstruel normal durant des mois consécutifs. Parallèlement il se produisit une retrocession des hématémèses, des crises de tétanie et de la fièvre, qui s'étaient manifestées sans interruption durant les deux années précédentes.

Ce fait clinique et thérapeutique vient illustrer la conception endocrinienne de la tétanie primitive, tout en remettant à l'ordre du jour la vieille question maintes fois débattue des hématémèses supplémentaires des règles.

Observations cliniques et biologiques sur des cas groupés de pellagre. Fréquence des formes diarrhéiques. — *MM. Gounelle, R. Mande* et *M. Bachet* ont observé dans une collectivite de sujets internés l'apparition d'une affection caractérisée par des érythèmes accompagnés de troubles digestifs à type de diarrhée. Les circonstances d'apparition de ces accidents, leurs caractères cliniques ont conduit à poser le diagnostic de pellagre, malgré l'absence de signes buccaux et de troubles psychiques. Souvent, la diarrhée a été prédominante : elle fut en général guérie ou très améliorée par l'invitamination nicotinique. Les lésions au niveau de l'intestin consistent surtout en de l'œdème et des dilatations capillaires importantes avec petites hemorragies superficielles de la muqueuse.

Cette diarrhée fut parfois avec un amaigrissement très prononcé le seul signe clinique et paraît alors constituer une forme monosymptomatique, l'érythème faisant défaut soit que le sujet ait évité de s'exposer aux radiations solaires, soit que l'on se trouve en période hivernale.

Il n'existe pas de parallélisme étroit entre les signes cliniques et les données biochimiques, qui ne sauraient apporter ici d'indication diagnostique formelle. Nous avons trouvé de la porphyrinurie et une élimination basse de PP urinaire dans un peu plus de 50 % des cas. Dans deux cas seulement, la nicotinamidémie etait nettement abaissée.

Ces caractères diffèrent sensiblement de ceux de la pellagre classique et sont peut-être liés aux conditions particulières de nutrition des malades.

M. Justin-Besançon insiste sur le fait que les caractères cliniques de la pellagre sont toujours les mêmes quel que soit le pays où on l'observe.

Il y a des cas de pellagre sans symptômes cutanés. Le diagnostic est fait par la clinique et l'épreuve thérapeutique. Pratiquement le laboratoire n'apporte rien. Le pellagreux étant un multicarencé, il faut lui donner non seulement de l'amide nicotinique, mais aussi un régime large.

M. Fiessinger. — A l'égard des troubles digestifs, nous n'avons comme preuve que l'efficacité de l'amide nicotinique. Mais l'épreuve thérapeutique permet-elle seule de faire le diagnostic ?

Toutes les vitamines ont à la fois une action spécifique et pharmacodynamique et il existe des diarrhées non dues à l'avitaminose PP et améliorées par l'amide nicotinique.

M. Hillemand a remarqué que la recto colite hémorragique dans ses formes chroniques est améliorée par la vitamine PP.

M. Flandin. — On ne peut baser le diagnostic de pellagre sur l'action thérapeutique. Dans certains cas d'engelure, certaines poussées d'eczématite chez les sujets carencés, la vitamine PP a une influence parfois immédiate.

Séance du 30 janvier 1942

Spirochétose méningée pure. — *MM. Brulé, Gilbrin* et *Genévrier* rapportent un cas de spirochétose méningée pure sans aucun symptôme hépatique. rénal ou oculaire. L'évolution fut celle d'une méningitc lymphocytaire rapidement curable, malgré une réaction cytologique très forte dans le liquide céphalo-rachidien. Cette affection était survenue chez des ouvriers des abattoirs en contact avec des rats et chez lequel un panaris récent avait peut-être facilité le contage trans-cutané.

Cette observation s'élève contre l'hypothèse de l'infection par la conjonctive, au cours surtout des bains de rivière.

Le diagnostic fut prouvé par la réaction d'agglutination de Martin et Pettit qui fut positive à trois reprises.

Etude physiopathologique d'un cas de diabète insipide. — *MM. Raoul* et *Simonne Kourilsky, M. Laudat* et *Jean Regaud* ont etudié, durant plusieurs annees, le comportement biologique d'un diabète insipide syphilitique et ont constaté l'existence d'une hypochlorurie habituelle, due à la restriction salée que s'imposait le malade pour éviter la polyurie et la polydipsie. L'hyperlipidémie était constante et très importante, l'hyperglycémie permanente.

L'etude de la concentration rénale en chlorure de sodium montre qu'elle est à peine diminuée.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'effectuer toutes les recherches concernant le métabolisme chloruré, après avoir soumis le sujet à un régime alimentaire rigoureusement constant et comportant une quantité fixe de sel.

Accidents sériques et adrénaline dans un cas de maladie d'Addison. — *M. Loeper* rapporte l'observation d'une insuffisance surrénale traitée avec succès par la désoxycorticostérone, une diphérie intercurrente étant survenue, puis une éruption sérique avec élévation de la température à 40°, baisse de la tension artérielle au-dessous de 5, l'insuccès de la cortine de synthèse fut total et seule une injection intraveineuse d'adrénaline, avec toutes les précautions habituelles, permit de relever la tension. L'auteur souligne la spécificite de l'adrénaline vis-à-vis d'une substance vraisemblablement dérivée de l'histamine, laquelle jouerait un rôle dans la production des accidents sériques.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Diagnostic et conduite à tenir dans les cas d'anencéphalie

L'anencéphalie étant caractérisée par un défaut de développement de l'encéphale et une absence complète des os de la voûte cranienne, le raisonnement va à lui seul nous permettre de déduire des caractères de cette anomalie fœtale et les symptômes qui la caractérisent et les conséquences qu'elle présente pour l'accouchement.

Diagnostic au cours de la grossesse : 1° L'importance de la malformation imposant un trouble profond dans le développement général de l'œuf, rien d'étonnant à ce qu'il existe en général, en même temps, un degré plus ou moins accentué *d'hydramnios*. 2° L'absence des os de la voûte cranienne a deux conséquences : *a*) Elle donne a l'extrémité céphalique une forme qu'il est à peu près impossible de préciser par le palper, mais qui dans tous les cas ne donne aucune des sensations caractéristiques de la tête fœtale : boule arrondie, dure donnant la sensation d'une grosse boule de billard. Quelle que soit la présentation, on n'arrive à sentir la tête nulle part. *b*) Elle laisse le peu de substance cérébrale et médullaire qui s'est développée sans protection suffisante contre toutes causes d'irritation : celles-ci, soit au cours des déplacements spontanés du fœtus, soit au cours du palper à la recherche de la tête, produisent à un moment ou à un autre une véritable *salve de mouvements convulsifs fœtaux* perçus spontanément par la mère et aussi par l'accoucheur. C'est là le signe capital de l'anencéphalie, absolument caractéristique et qui permet d'affirmer le diagnostic au cours même de la grossesse.

Diagnostic au cours de l'accouchement. — Le diagnostic d'anencéphalie par le toucher n'est possible que lorsque la dilatation du col est devenue suffisante pour permettre un toucher profond : jusque là le toucher fera penser à une persentation de la face avec pourtant quelques particularités, notamment la perception vraiment impressionnante des globes oculaires qui, dans l'anencéphalie, sont particulièrement saillants au point de rouler presque sous les doigts ; mais le toucher profond seul permettra d'affirmer le diagnostic, soit parce qu'il indiquera qu'au-delà de la région frontale il n'y a plus rien d'osseux, soit parce qu'il déterminera, si l'enfant est vivant, la salve de mouvements convulsifs absolument caractéristique.

Conséquences de l'anencéphalie pour l'accouchement et conduite à tenir. — Etant donné l'importance de la malformation fœtale et l'existence habituelle d'hydramnios, l'accouchement se produit très souvent avant terme et dans ces cas ne donne lieu à aucune complication obstétricale particulière.

A terme, par contre, l'accouchement est fréquemment compliqué, mais seulement dans les cas de présentation anencéphalique.

Dans la présentation du siège soit primitive, soit secondaire à une version podalique réalisée pour corriger une présentation transversale, tout se passe très simplement puisque l'extraction de la tête dernière réduite au moignon facial ne présente aucune difficulté.

En présentation du sommet il n'en est pas de même et la nature des difficultés de l'accouchement se déduit tout naturellement des anomalies particulières de ce qui constitue la présentation : moignon de faible volume et de faible consistance puisqu'une grande partie est purement membraneuse : donc lenteur et défaut de dilatation du col ; engagement et descente de la présentation à travers un orifice utérin peu et mal ouvert et, comme conséquence, dystocie des épaules et du tronc fœtal si celui-ci est de développement normal ou même assez souvent au-dessus de la normale.

Les indications de la conduite à tenir vont découler tout anturellement de la nature de cette dystocie. Dystocie en général peu dangereuse ; aucune partie osseuse ne risquant de contusionner puis de déchirer l'utérus, l'attente et la patience doivent donc être poussées aux extrêmes limites pour obtenir une expulsion spontanée. Cela d'autant plus légitimement que toute extraction artificielle sera pour le fœtus certainement plus dangereuse que l'attente prolongée. Ce n'est que dans le cas où un bras pourrait être facilement abaissé pour servir de tracteur qu'on peut essayer d'activer l'évolution de l'accouchement et la sortie de l'enfant. Tous les autres moyens d'extraction sont en effet des moyens mutilants et par conséquent ne doivent être utilisés que sur l'enfant mort. On peut suivant les circonstances soit abaisser un bras même en le brisant, soit tirer par un crochet placé dans une aisselle, soit enfin saisir le moignon céphalique dans un instrument qui servira de tracteur ; le forceps n'est pas utilisable et il ne s'adapte ni ne serre ; la pince cranioclaste saisit difficilement puisqu'une de ses branches ne pourra être introduite dans une cavité qui n'existe pas ; le mieux est d'utiliser les deux branches du basiotribe de Tarnier sans le perforateur et de serrer la vis de broiement à fond, non pour diminuer le volume du mobile fœtal déjà trop réduit, mais pour avoir une prise solide. Mais attention, les cuillers sont beaucoup trop longues pour la tête anencéphalique, il faut donc les enfoncer très peu, car sans cette précaution essentielle leurs extrémités iraient labourer les parois vaginales au cours des tractions.

Docteur BOURRET.
Ancien chef de clinique obstétricale.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

L'épididymite secondaire syphilitique

L'épididymite secondaire est une manifestation syphilitique se montrant dès les premiers mois de la maladie, coïncidant toujours avec des accidents secondaires sévères et profus. Elle est caractérisée par une infiltration strictement épididymaire, lésion isolée, respectant le testicule, la vaginale, le cordon.

Le traitement, dit M. E. Lortat-Jacob (*Semaine des Hôpitaux*, 15 décembre 1941), doit être celui de toutes les syphilis secondaires. Il doit être intensif, mixte et conjugué, arséno-bismuthique. Sous son influence la régression est la règle, mais elle n'en demeure pas moins la manifestation clinique d'une syphilis sévère.

L'héméralopie témoignage clinique de déficience alimentaire

Sur 70 sujets, âgés de 14 à 18 ans, M. Frogé en a trouvé 47 atteints d'héméralopie (*Bul. Méd Chir. du Mans*, nº 1, 1941). Aucun ne présentait de lésion oculaire ou générale pouvant déterminer de l'héméralopie. Mais tous appartiennent à des familles d'ouvriers peu fortunées, mal alimentées, M. Frogé attribue ces héméralopies à la déficience alimentaire actuelle, particulièrement au manque de vitamine A.

En examinant d'autres enfants, les uns arrivés de Paris, les autres en préventorium depuis plusieurs mois, M. Frogé est arrivé aux mêmes conclusions. Les mêmes faits constatés à Lille prouvent une fois de plus l'existence d'héméralopie par déficience alimentaire et montre que les organismes d'adolescents commencent à souffrir de la déficience alimentaire.

La neige carbonique dans le traitement des hémorroïdes

Le traitement par la congélation, dit A. Lutier (*Paris Médical*. 30 janvier 1942) s'adresse surtout par ses effets sclérosants ou nécrosants, aux hémorroïdes tumorales internes, profondes ou marginales, sessiles, qui ne peuvent être enlevées avec l'anse diathermo-coagulante parce que non pédiculées et qui ont résisté aux injections de liquides sclérosants ; et il s'adresse aussi à certains polypes sus-hémorroïdaires.

Les indications de la neige carbonique sont donc différentes de celles des injections sclérosantes, en ce sens qu'elle s'adresse aux variétés d'hémorroïdes trop saillantes, trop spongieuses, trop dépourvues de tissu conjonctif intervasculaire pour être sclérosées par des liquides divers.

Ses avantages sur la diathermo coagulation sont multiples : son application n'est pas douloureuse et ne nécessite pas d'anesthésie préalable, étant elle même anesthésiante ; on peut limiter exactement son action nécrosante.

Il n'y a pas à redouter l'apparition d'un œdème post opératoire.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

L'insulinothérapie chez les mentaux

En deux ans, MM. Hoven et Van den Dorpe (*Journ. belge de neurologie et de psychiatrie*, octobre 1940 ; publié en janvier 1942) ont traité par l'insuline, 66 aliénées, dont 52 cas de schizophrénie et 14 cas de psychose d'involution.

Une évolution très favorable a été constatée dans 41 cas sur 66. La grande majorité des cas favorables a été observée dans les cas récents. Parmi les 30 malades sorties, 4 seulement ont manifesté une rechute nécessitant leur retour dans le service.

L'acide nicotinique et la thiamine dans certaines avitaminoses d'intérêt neuro-psychiatrique

M. Van Bogaert (*Jour. belge de neurologie et de psychiatrie*, octobre 1940 ; publié en janvier 1942) publie trois observations : dans la première : syndrome mental avec glossite ulcérée, lésions muqueuses et cutanées, etc. La seconde est celle d'une polynévrite des quatre membres avec état onirique, lésions cutanées et muqueuses typiques. Dans ces deux cas, l'acide nicotinique a amélioré rapidement les lésions muqueuses et les troubles mentaux, mais fut sans effet sur la polynévrite.

Dans une troisième, réalisant le tableau de la polio-encéphalite hémorragique de Wernicke, la maladie évolua favorablement dès l'utilisation de l'acide nicotinique.

M. Van Bogaert insiste sur la nécessité d'essayer le traitement d'épreuve nicotinique dans toute affection mentale, même dans des pays sans pellagre, et chez des sujets qui ne présentent aucun des caractères cliniques de cette maladie. Si ce traitement échoue, on pourra dire qu'il ne s'agit pas de psychose pellagreuse de date récente et une autre cure pourra être essayée.

M. Van Bogaert a donné des doses assez élevées d'acide nicotinique (808 1200 milligrammes par 24 heures), par voie buccale. Il faut le faire prendre au moment des repas, et pendant deux à trois semaines.

En même temps, régime riche en vitamine B. S'il y a de la polynévrite, faire des injctions de vitamine B^1.

Traitement du lupus érythémateux par l'amide nicotinique et la lactoflavine

Sur 15 cas traités, K. Pezold (*Münch. med. Wochr.*, 26 décembre 1941) a noté 7 guérisons, 6 améliorations notables et 2 échecs. Deux à trois fois par semaine, on administrait 1 c. c. d'acide nicotonique, 2 milligr. de lactoflavine et 100 milligr. d'amide nicotinique. La guérison est survenue après deux à quatre mois de traitement. L'auteur se demande si les injections intraveineuses n'accéléreraient pas le processus de guérison. En tout cas, l'épreuve du traitement semblerait bien prouver que le manque de vitamine B^1 et d'amide nicotinique joue un rôle dans le lupus érythémateux.

Traitement de la sclérose latérale amyotrophique par la vitamine E

W. Atzert (*Wien. med. Wochensch.*, nº 41, 1941) rapporte l'histoire de deux malades chez lesquels le traitement par la vitamine E a donné une amélioration frappante ; l'un d'eux a pu reprendre un métier très dur.

Traitement de la maladie d'Addison

V. Jonas et Jelinek (*Wien, med. Wochensch.*, nºs 24-27, 1941) ont traité 9 malades avec l'hormone corticale synthétique. Dans deux cas où des doses très fortes ont été administrées à intervalles éloignés, l'insuffisance a été améliorée. Les effets les plus rapides portent sur l'adynamie, la pression artérielle, La pigmentation de la peau se montre beaucoup plus résistante au médicament.

Les vitamines en période de rationnement

Les difficultés du ravitaillement ont posé la question de savoir si les populations sont suffisamment pourvues de vitamines : MM. Lambrechts, Clément, Crismer Deltombe, Leleu et Thomas, qui ont étudié (*Rev. belge des sciences médicales* décembre 1941) cette question pour la population belge, arrivent aux conclusions suivantes :

1º Le taux sérique des caroténoïdes et de la vitamine A est sensiblement le même qu'avant guerre.

2º Les individus examinés possèdent un taux normal de vitamine C et de vitamine B_1.

3º On ne constate pas l'existence d'héméralopie.

4º D'après les critères, il n'y a pas d'hypoavitaminose actuellement (première moitié de l'année 1941).

Le rein en ectopie croisée

L'ectopie rénale croisée est une affection connue depuis longtemps mais dont le diagnostic préopératoire ne se fait que depuis quelques années. La clinique ne permet pas de le reconnaître. La cystoscopie est sans utilité. La radiographie simple et l'urographie endoveineuse ne permettent qu'exceptionnellement de faire le diagnostic. Par contre, la pyélographie rétrograde, dit M. Lermitte (*Archives médicales belges*, novembre 1941) est le moyen idéal de diagnostic.

Les complications de cette dysmorphose sont fréquentes. Le traitement actuel consiste à enlever tout rein dystopique croisé, qu'il soit sain ou malade.

IL FAUT QU'ILS REVIENNENT VITE !

Des médecins prisonniers de guerre âgés de plus de 40 ans, ou pères de quatre enfants viennent d'obtenir la possibilité de revenir en France à condition d'être remplacés à leur poste actuel dans les camps de prisonniers.

Nous pouvons espérer que par la suite, d'autres confrères bénéficieront de la même mesure.

Jeunes médecins, c'est pour les relever que la France a besoin de vous. C'est de vous qu'elle attend cette façon de servir.

En l'accomplissant, non seulement vous ferez un acte de patriotisme, mais votre geste restera pour tous le symbole du dévouement qui a toujours été en honneur dans le corps médical.

Les docteurs en médecine ou internes des hôpitaux qui désirent connaître les conditions accordées aux volontaires partant pour la relève en Allemagne sont priés de s'adresser au *Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins,* 60, Boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), et à Lyon, 8, quai Jules-Courmont.

INFORMATIONS

FACULTÉS — ECOLES — ENSEIGNEMENT

Clinique médicale de l'hôpital Bichat. — Le Professeur PASTEUR VALLÉRY-RADOT commencera son enseignement à l'hôpital Bichat le lundi 2 mars.

Le vendredi, à 10 h.45, cours de clinique médicale par le professeur.

HÔPITAUX — ASSISTANCE PUBLIQUE

Prix Civiale (Valeur de 1.000 francs). — Le mémoire prévu (sur les voies urinaires) devra être déposé à l'Administration centrale (bureau du Service de santé) le 14 mars 1942, au plus tard.

Bureau municipal d'hygiène de Cannes. — Concours sur titres pour une place de directeur. Traitement 33 à 42.000. Pour renseignements, s'adresser à la mairie de Cannes. Inscription avant le 6 mars 1942.

VIE PROFESSIONNELLE

Conseil supérieur de l'Ordre. — Sont nommés membres : MM. les Docteurs Barthe, Durand (P.-M.), Lemierre (André), Vincent (Armand).

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins. — Une nouvelle décision est intervenue concernant l'établissement des certificats médicaux pour l'obtention de « supplément de charbon — maladie ».

1° La mention diagnostic n'a pas à figurer ;

2° Le certificat médical doit spécifier :

— soit qu'il s'agit d'une affection aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à huit jours ;

— soit d'une affection aiguë fébrile d'une durée comprise entre 8 et 15 jours.

— Les certificats médicaux délivrés à l'appui d'une demande de laissez-passer en zone libre doivent, d'après les instructions reçues, *obligatoirement* porter la mention :

« *Maladie grave ne pouvant trouver le traitement nécessaire en zone occupée* ».

— Le Conseil n'a encore reçu jusqu'à ce jour aucun avis officiel concernant l'application de la loi du 31 décembre, ayant trait à la délivrance de récépissés d'honoraires médicaux (carnet à souche).

D'autre part, le Conseil a reçu de la Préfecture de police, la communication suivante :

« Chaque dimanche, les médecins, chirurgiens, sages-femmes bénéficieront sur présentation de la carte d'identité du droit de priorité pour l'accès aux quais du métro, étant donné la réduction du nombre des trains ».

Les médecins sont priés de se reporter au *Bulletin de l'Ordre* du mois de décembre 1941 (p. 264) et de faire parvenir d'urgence, le cas échéant, au Conseil départemental, 242, boulevard Saint-Germain, leur demande d'attribution de la carte « T ».

LES LIVRES

AUBRY et FREIDEL. — **Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale.** 173 fig., 690 p. Br. : 280 francs. (*Masson*).

BESANÇON (J.). — **Le visage de la femme.** 112 p. Br. : 18 francs (*Vigot*).

BONNET et NEVOT. — **Travaux pratiques de bactériologie.** 2e édition, 76 fig., 194 p. Br. : 65 francs. (*Masson*).

BRANCA et VERNE. — **Précis d'histologie.** 2e édition, 412 fig. Coll. Précis médicaux. 614 p. Cart. : 110 francs. (*Masson*).

CHIRAY, ALBOT et BONNET. — **Les complications médicales de la cholécystectomie.** 9 fig., 170 p. Br. : 65 francs. (*Masson*).

COUJARD (Dr R.) et COUJARD-CHAMPY (C.). — **Atlas de travaux pratiques d'histologie.** Première année, 120 p., 188 fig. Un vol. 45 francs. (*Vigot*).

FOURNIER. — **Médecine de la personne.** In-8, 250 p. Br. : 40 francs (*Delachaux* et *Niestlé*).

HARVIER (Paul) et PERRAULT (Marcel). — **Sulfamidothérapie.** Coll. pratique médicale illustrée. 146 p., Br. : 38 fr. 50. (*G. Doin*).

JEANNENEY (G.) et HIRTZ (G.). — **Formulaire endocrinologique du praticien.** 2e édition. Br. : 60 francs. (*G. Doin*).

ECHOS & GLANURES

Bernard de Jussieu, précurseur de Pasteur. — Peut-être est-ce un titre exagéré, car il est bien possible que Bernard de Jussieu n'ait fait qu'adopter les idées de quelques-uns de ses devanciers sans apporter à la question des générations spontanées un travail personnel. Mais, en tous cas, nous verrons qu'il en sut si bien exposer la synthèse qu'il leur a donné une clarté nouvelle et pris ainsi une allure de novateur. Aspect, d'ailleurs inconnu, de son activité scientifique.

En ce milieu du XVIIIe siècle les esprits étaient partagés entre les tenants des légendes antiques et des spéculations brumeuses de Van Helmont et les pionniers de la science expérimentale. Rédi et Leeuwenhoeck avaient montré que les vers de viande putréfiée provenaient des œufs déposés par les mouches, Vallisneri et Swammerdam avaient étendu cette notion à ceux des galles. Mais le problème des vers intestinaux se heurtait au texte de la genèse et la plupart des auteurs cachaient leur sentiment dès que le dogme était en jeu. Toutefois Andry, qui fut doyen de la Faculté de médecine de Paris, affirmait en 1700 que les vers intestinaux s'engendrent, comme tous les autres animaux, d'une semence qui les contient.

Or, en 1742, professait au jardin du Roi un évadé de la médecine, le Docteur Bernard de Jussieu, dont l'hypersensibilité avait fait un botaniste. Le cours de cette année là traitait des vertus des plantes, et comme la modestie du savant égalait sa sensibilité, il est resté inédit. Nul n'en connaîtrait si ses élèves n'avaient pris soin d'en conserver le texte qui nous tombe de temps à autre sous les yeux. C'est ainsi que l'un d'eux, François Dubois, de Carentan, nous a laissé un texte parfait et certainement conforme à la parole du maître.

Au chapitre des plantes antivermineuses nous lisons :

« Les expériences et les observations ont entièrement détrompé du préjugé des anciens qui attribuaient à la pourriture la génération des vers et des insectes, on s'est même convaincu que les plus petits s'accouplent et produisent une prodigieuse quantité d'œufs. Ainsi le mouvement de pourriture ne donne pas l'organisation, mais une chaleur douce et modérée et une humidité volatile sont capables de mettre en mouvement les liqueurs de l'œuf et d'en étendre et développer toutes les parties. Lorsque le ver a atteint toute sa perfection il perd et abandonne ses enveloppes pour se nourrir de la même nourriture qui lui a servi de matrice. Tout ce qui est animé dans la nature reconnaît pour principe de l'union du mâle et de la femelle et pour origine l'œuf. Les vers du corps de l'homme ne sont pas exempts de la loi générale et uniforme que la nature suit dans ses productions. »

Si on veut bien considérer qu'à cette époque le mot insecte était très vague et qu'il englobait aussi bien les serpents, les scorpions, et les grenouilles que les vers et les êtres microscopiques engendrés dans les liqueurs, il faut reconnaître en Bernard de Jussieu un adversaire déterminé de l'hétérogénie, adversaire qui annonce Spallanzani et Pasteur.

Mais un autre passage plus curieux, évoque d'une façon admirable la dissémination des germes dans l'air et dans les eaux et le problème du terrain dans sa forme moderne si on transpose le texte en l'appliquant aux microbes et à l'immunité naturelle.

« Quoique l'œuf contienne toutes les parties de l'animal en raccourci et une quantité suffisante d'humeurs pour la nourriture et le développement, tout y reste dans une espèce de repos jusqu'à ce que la chaleur du soleil, l'humidité de la terre et le mouvement exécuté dans les matières qui se corrompent donnent de l'activité aux humeurs de l'œuf, les affine et leur fasse pénétrer les vaisseaux repliés de l'embryon, et par la suite l'oscillation des fibres. Pour que le développement se fasse il faut une chaleur douce et modérée, lorsqu'elle est trop violente les liqueurs brisent et déchirent les vaisseaux par ce qu'elles se raréfient (le mot raréfier s'employait alors pour dilater, ce qui était d'ailleurs exact puisqu'un corps dilaté contient moins de substance pour un même volume), et leurs organisations se détruisent aussi.

Quoique l'air que nous respirons, les nourritures que nous prenons soient chargés de vers et d'insectes, cependant dans l'état de santé ces œufs n'éclosent pas, parce que l'activité de nos liqueurs, la qualité de nos digestions et la chaleur trop vive de l'estomac et des intestins s'y opposent. Mais lorsque cette chaleur est ralentie, que les digestions se dérangent, que la matière chyleuse acquière une qualité aigre et qu'elle séjourne dans le bas ventre, alors ces œufs trouvent une matrice propre à les faire éclore, et les vers une nourriture qui leur convient. »

Voilà pourquoi Bernard de Jussieu doit être porté sur la liste des précurseurs de Pasteur.

Dr P. LEMAY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Collège de France

Correction des déséquilibres de l'innervation viscérale par l'infiltration anesthésique du splanchnique ou sa section

Par M. le Professeur **R. LERICHE**

Aux divers étages de l'appareil digestif, il existe un groupe de maladies qui ont ce trait commun de présenter un mélange de spasme et d'atonie. On les connaît au niveau de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, au niveau du cæcum et du côlon terminal sous des noms variés : mégaœsophage, mégaduodénum, mégacôlon qui ont le tort de ne mettre l'accent que sur un fait anatomique.

Dans toutes, il y a dilatation de l'organe associée à un spasme sphinctérien et cette contracture du sphincter fait penser à un spasme primitif, cardiospasme, pylorospasme.

Cependant, rien dans l'ensemble évolutif ne cadre avec l'idée d'une dilatation sus-stricturale par distension. La maladie s'accompagne parfois d'un certain épaississement pariétal. Elle n'est pas progressive de bas en haut, mais pour ainsi dire totale d'emblée.

Aucune explication satisfaisante de ces faits n'a été donnée et n'est encore admise par tous. On a parlé d'insuffisance congénitale, de phénomènes mécaniques, de dystrophie élastique, de spasme sphinctérien primitif, d'atonie inflammatoire. Un jour, un médecin de Londres, Hurst, attira l'attention sur l'existence possible au niveau de l'œsophage d'un déséquilibre de l'innervation œsophagienne produisant parallèlement la parésie du conduit et une perturbation du système d'ouverture. Il pensait que les lésions du plexus d'Auerbach et de Meissner étaient la vraie cause de cette achalasie du cardia, le mot achalasie voulant dire « sans relâchement » (1).

Mais d'excellents esprits se refusaient à admettre ce mécanisme nerveux. Le réalisme anatomo-pathologique de l'époque ne permettait pas de penser que des phénomènes matériels aussi importants que ceux constatés, puissent exister sans lésion initiale d'un organe et pour un motif aussi insaisissable qu'une perturbation nerveuse.

Puis, lentement, les idées ont évolué. On s'est habitué à penser que l'équilibre normal vague-sympathique qui préside au fonctionnement nerveux de l'intestin pouvait être mal établi ou secondairement rompu.

Malheureusement, nous connaissons mal le fonctionnement nerveux du tube digestif. Les enseignements expérimentaux sont, sur ce sujet, si contradictoires qu'ils rebutent les meilleures bonnes volontés et l'on n'arrive pas à en prendre une vue synthétique. Je pense que l'étude de la pathologie peut donner d'intéressantes indications. En tous cas, l'étude nouvelle des maladies auxquelles j'ai fait allusion à l'aide des anesthésies sympathiques régionales, les résultats des opérations nerveuses récemment pratiquées sont en train de montrer la réalité du mécanisme entrevu par Hurst, dont l'observation pénétrante a devancé son temps.

Voici comment la question se présente d'ensemble :

D'une façon schématique, on peut considérer le tube digestif comme formé d'une série de conduits communiquants entre eux, mais fermés chacun par un sphincter ou un nœud sphinctérien. En fait, nous ne connaissons bien que les sphincters morphologiquement individualisés cardia, pylore, sphincter d'Oddi et nous ne parlons que pour mémoire du sphincter d'O'Beirne.

Mais, en fait, il y a quelque chose de plus que cela. En 1913 Sir Arthur Keith s'occupant du problème de l'innervation intestinale reconnut histologiquement l'existence, en certains points de la paroi intestinale, d'agglomérats de tissu nodulaire comparés par lui à ceux du faisceau de His. En ces points, disait-il, on ne sait pas où finissent les nerfs et où commencent les fibres lisses et, pour lui, c'est à cette continuité neuro-musculaire qu'est dû l'automatisme normal. A chaque étage, il existe donc une riche innervation. *Or, son jeu est ainsi conçu que le nerf qui relâche la contraction du conduit, fait contracter le sphincter et, inversement, celui qui fait contracter le conduit, relâche le sphincter.*

Schématiquement, le pneumogastrique fait contracter les fibres circulaires des conduits et relâcher les sphincters. Le sympathique, au contraire, inhibe la contraction du conduit et ferme les sphincters. C'est ce double mécanisme que l'on veut marquer quand on parle d'innervation antagoniste.

Cette double innervation antagoniste se meut d'habitude dans un parfait équilibre, et nos fonctionnements viscéraux se font d'ordinaire sans que rien n'accroche dans ce mécanisme si singulier, mais, pourrait-on dire, si logique.

Toutefois, quand on observe dans la vie les gens, dits normaux, en fixant son attention sur ce point, on remarque que nombre d'entre eux se comportent journellement sans entrer dans la pathologie comme si leur équilibre était instable, comme si l'un des systèmes prenait à la moindre occasion, automatiquement, le pas sur l'autre.

Vagotonie ? Sympathicotonie ? Oui, mais souvent pour un seul appareil, du moins initialement.

De cet état d'équilibre fragile à la pathologie, il n'y a peut-être qu'un pas. Et l'on peut légitimement se demander si la double innervation antagoniste qui intervient continuellement tout le long du tube digestif n'est pas la source de ces maladies d'organe, toutes plus ou moins semblables dans leur aspect, que nous n'avons jusqu'ici étudiées qu'en ordre dissocié.

Les études radioscopiques que l'on peut faire sur l'intestin grêle semblent bien vérifier les idées de Keith.

Le cheminement des aliments et des résidus n'est pas continu. Il semble se faire par segments. La bouillie file dans un segment, s'arrête soudain, sans qu'apparemment on sache pourquoi, se meut dans ce segment, y monte, y descend, jusqu'au moment où brusquement elle s'éjecte dans un nouveau segment, où le même jeu recommence.

Et quand l'intestin est d'une sensibilité particulière, ce brassage et cette projection saccadée sont perçus sous forme de coliques étagées plus ou moins violentes. C'est ce qui est, peut-être, la raison d'être de certaines cœnestopathies dont les porteurs nous paraissent imaginatifs et dont la maladie a peut-être bien une certaine organicité fonctionnelle si l'on peut ainsi dire.

En harmonie avec ces considérations, on doit rappeler aujourd'hui que divers auteurs (Empré, Vasconcellos) avaient signalé des lésions histologiques des plexus nerveux pariétaux dans le mégaœsophage, le mégaestomac et le mégacôlon et tout récemment, Etzel a trouvé au cours de biopsies des diminutions marquées des éléments constitutifs du plexus d'Auerbach.

Il résulte de tout ceci que l'origine neurogénique de certaines maladies du tube digestif a aujourd'hui des bases solides et que par extension, nous devons examiner la position du problème de toutes les dilatations du tube digestif et de ses annexes.

Je voudrais, avant d'aller plus loin, attirer votre attention sur l'énorme développement du système nerveux entérique et sur notre surprenante indifférence à son égard.

Toute l'innervation du tube digestif et des glandes annexes est assurée par les splanchniques et par les vagues. Nous savons à peine où ils se trouvent. Nous ignorons le rôle des ganglions et du plexus cœliaque. Nous savons qu'il y a une

(1) On le traduit quelquefois par « sans relaxation ».

immense lame ganglionnaire incluse dans la paroi intestinale sous les noms de plexus d'Auerbach et de Meissner. Nous ne lui faisons jouer aucun rôle dans la pathologie. Nous ignorons tout de son comportement dans les maladies de l'intestin et les chirurgiens, en particulier, demeurent strictement mécaniciens dans leurs explications. Que l'intestin s'invagine, se torde, se contracture, se relâche, il semble que tout cela est naturel et que tout s'explique par des questions de déséquilibre segmentaire des volumes et des poids.

Il serait peut-être temps de nous rappeler pratiquement que le système nerveux règle dans l'intestin le mouvement des fibres circulaires et des longitudinales, les phénomènes vasomoteurs et sécrétoires, les phénomènes chimiques de l'absorption, et qu'il y a certainement lieu d'en tenir compte dans l'étude des maladies chirurgicales du tube digestif.

Dans ces dernières années au reste, cette conception a reçu une éclatante confirmation du fait des recherches brésiliennes sur l'avitaminose B_1. On savait par les recherches de Mac Carrisson que dans l'avitaminose B_1, les lésions du système nerveux autonome sont constantes, notamment dans les plexus mésentériques. L'école de Sao Paulo, en particulier Corréa Neto et Etzel sont partis de là pour penser que le méga-œsophage, très fréquent au Brésil, que le mégacôlon et, par extension sans doute, le méga-uretère et la mégavessie étaient peut-être chez l'homme adulte la conséquence de lésions sympathiques discrètes, produites dans l'enfance par une carence plus ou moins complète en vitamine B_1, carence très fréquente au Brésil. Etzel a pu reproduire expérimentalement, chez des oiseaux, une dilatation segmentaire localisée, et y retrouver l'atteinte des cellules du plexus d'Auerbach.

Mais si l'avitaminose B_1 est fréquente, au Brésil, où le peuple se nourrit habituellement de farine de manioc carencée, s'ensuit-il que la même carence soit la cause des dilatations localisées du tube digestif que nous observons en Europe ? Personne ne saurait le dire. La recherche n'a pas été entreprise. Mais l'hypothèse est acceptable comme indication de recherche.

Les avitaminoses passagères, qui sont souvent des hypovitaminoses, surviennent assez fréquemment dans les premiers âges de la vie. Parfois totalement inapparentes, nous dit Mouriquand, elles passent souvent sans laisser de traces apparentes. Mais cependant, tout n'est pas reversible dans ce qu'elles produisent. Il peut persister des états anatomiques ou fonctionnels capables de troubler singulièrement l'évolution ultérieure de l'individu.

Il serait nécessaire que, dans nos pays, une large expérimentation soit entreprise sur l'avitaminose B_1. Je l'avais fait commencer à Strasbourg en 1939. La guerre l'a interrompue. Il y a lieu de la reprendre. Si elle était positive, il y faudrait étudier histologiquement les plexus nerveux du tube digestif, en rechercher les lésions, et dans le cas de syndrome, de dilatation constituée, essayer des corrections thérapeutiques expérimentales du genre de celles que je veux envisager ici.

A ce propos, je voudrais faire remarquer incidemment que ces corrections thérapeutiques ne peuvent pas être étudiées sur des animaux sains. On ne peut pas induire de l'absence d'effets d'une section nerveuse sur l'animal normal, ce qui se passera sur l'homme pathologique. La pathologie crée des états nouveaux qui réagissent de façon nouvelle à des actions laissant indifférent, en apparence, l'organisme normal. Il serait facile d'en donner des exemples précis. Et, c'est au reste par là que la pathologie et la chirurgie sont de grands moyens d'analyse du jeu subtil de l'état normal.

Cette remarque faite, il y a lieu d'examiner la série des problèmes que soulèvera l'analyse chirurgicale de ces questions.

Sous réserve de l'avitaminose Bl, ces maladies relèvent certainement d'un mécanisme d'hypertonie sympathique.

Le sympathique est, d'une manière générale, dilatateur, dans le tube digestif. On le dit d'habitude inhibiteur. Je ne sais pas si c'est le mot qui convient pour nous, cliniciens, car il ne correspond pas exactement à ce que nous voyons, dans nombre de cas.

En même temps qu'il est inhibiteur des contractions d'un conduit, il en fait contracter le sphincter. Cela semble indiquer que le nerf est plus actif en tout cela que ne le laisse entendre le mot d'inhibition. En physiologie, le problème de l'inhibition n'a été étudié que sous la forme aiguë, je veux dire par là que sous les espèces d'expériences brutales qui ne peuvent donner qu'un résultat instantané et massif. Dans la vie, la section n'intervient guère. Ce qui joue, ce sont les scléroses parcellaires agissant lentement longtemps, par endroits, provoquant, à côté des destructions, des régénérations et des hypertrophies dont le rôle est inconnu, mais dont on peut raisonner par analogie en songeant à ce que font les neurogliomes des moignons d'amputation. De toute façon, le trouble est essentiel, lement chronique, ce que l'expérimentation ne sait pas réaliser et les conséquences de cette lente irritation ne sont pas à l'image de la section expérimentale.

La pathologie, en somme, nous montre une autre face de l'inhibition.

Elle nous fait voir les conséquences d'une inhibition prolongée, sous les espèces d'une dilatation qui paraît active. La pathologie ne complète-t-elle pas ici l'expérimentation ? Nous devons savoir l'utiliser pour une meilleure compréhension de la physiologie. J'y reviendrai plus loin.

Je voudrais examiner encore une autre question.

Quelle est l'origine de cette hypertonie ?

Embryologiquement, le tonus du tube digestif paraît sous la dépendance du système chromaffine qui est très développé dès le deuxième mois de la vie intra-utérine. Normalement, ce système disparaît plus tard, remplacé dans ses actions par les ganglions sympathiques et par les surrénales.

Chez l'homme, le système chromaffine continue-t-il à jouer un rôle ? L'hypertonie sympathique ne devient-elle pathologique que par le fait d'une exagération hormonale, agissant à la fois sur la musculature viscérale, et sur l'achalasie des sphincters ? ou s'agit-il d'un trouble des médiations chimiques ? La question peut être posée. Elle n'a pas de réponse.

C'est une question à étudier. Et j'ai fait remarquer, dans le livre jubilaire du Professeur Hartmann, en 1932, que certaines maladies du gros intestin devraient être examinées du point de vue d'un possible hypersurrénalisme médullaire. Je pense toujours que cette recherche vaut d'être entreprise.

Autre chose : s'il existe vraiment un déséquilibre de l'innervation antagoniste du tube digestif, celui-ci peut relever théoriquement, soit du système des nerfs extrinsèques, soit du système mural. Il est telle ou telle atteinte qui peut porter avec prédilection sur le plexus de Meissner ou sur le plexus d'Auerbach.

Si ces deux appareils muraux de la régulation de l'automatisme ne sont plus accordés au même ton, ne peut-il pas en résulter un désordre du fonctionnement musculaire, les fibres longitudinales prenant le pas sur les fibres circulaires ? Ne serait-ce pas là le mécanisme intime de l'invagination intestinale, que nous continuons de voir comme un fait mécanique ? En 1918, — car ces idées me préoccupent depuis longtemps — j'avais demandé à P. Masson, d'étudier une pièce d'invagination iléo-cæco-colique que j'avais réséquée chez un Arabe. Il y trouva des lésions de périnévrite exclusivement localisée au plexus de Meissner. Celui-ci était engainé dans un tissu conjonctivo-vasculaire néoformé, laissant complètement libre le plexus d'Auerbach et ses ganglions. Cette idée a été minutieusement décrite dans le *Lyon chirurgical* en mai 1920. Et nous en avons conclu que probablement le trouble nerveux avait été à l'origine de l'invagination. Depuis lors, j'ai souvent pensé que cette recherche devrait être poursuivie. L'invagination, aussi bien celle du nourrisson et de l'enfant que celle de l'adulte, pourrait peut-être être conditionnée par une hypertonie prédominant sur tel ou tel appareil, cette hypertonie résultant de lésions nerveuses ganglionnaires ou des plexus interstitiels. Cette question doit être reprise avec l'idée des lésions de l'avitaminose B_1. L'avitaminose pourrait expliquer la fréquence de la maladie dans le jeune âge, et ses récidives.

On voit combien , en hypothèse, le problème s'élargit.

Mais, il est encore d'autres questions que soulève le problème général ici envisagé.

Du fait même du dispositif fonctionnel de l'innervation antagoniste, le sympathique étant excitateur des formations sphinctériennes et des nœuds de Keith, on doit se demander si les hypertrophies musculaires du pylore, celles du nouveau-né

AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES

SANTAL MONAL

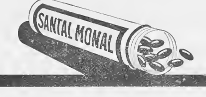
AU BLEU DE MÉTHYLÈNE

Essences balsamiques 0,16
Bleu de méthylène 0,02

Le plus actif et le mieux toléré des balsamiques

Blennorrogies, Cystites, Pyuries, Prostatites, Colibacillose urinaire

6 à 9 capsules par jour, aux repas



SANTAMIDE

SANTAL SULFAMIDÉ

Essencés balsamiques . . . 0,10
Para-aminophényl sulfamide 0,25

Activité bactéricide réelle et directe

Gonococcies :

Les 1er, 2e, 3e jours . . . . 2 capsules, 6 fois par jour
Les 4e, 5e, 6e jours . . . . 2 — 4 — —
Les 7e, 8e, 9e jours et jours suivants . . . . 2 — 2 — —

Infections à streptocoques, à staphylocoques et à colibacilles :

4 à 6 capsules par jour, à intervalles réguliers

SANTAMIDE

PROSTAL

SUPPOSITOIRES SÉDATIFS

Stovaïne, Benzocaïne, Menthol, Bromure de camphre, Extraits de jusquiame, de ciguë, de ratanhia, Surrénine, Hypophyse, Prostatine

Effets constants et immédiats

Affections douloureuses de la prostate et du petit bassin

1 suppositoire matin et soir

MONAL, Docteur en Pharmacie 13, av. de Ségur, PARIS

ZONE LIBRE : 30, rue Malesherbes, LYON



TRAITEMENT DE TOUTES LES ANÉMIES

ANÉMIES PAR SPOLIATION SANGUINE
ANÉMIES CONSÉCUTIVES AUX MALADIES INFECTIEUSES
ANÉMIES DUES AUX PARASITOSES SANGUINES ET INTESTINALES

CARENCE MARTIALE - DÉFICIENCES ORGANIQUES

ADULTES. . . . . 2 comprimés aux 3 repas
ENFANTS. . . . . . . 2 comprimés aux 2 principaux repas

SOJAMINOL

LABORATOIRES DU NEUROTENSYL
72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XXe)

comme celles de l'adulte, ne sont pas une conséquence de l'hypertonie sympathique. On a souvent noté l'anormal développement des plexus interstitiels dans la sténose pylorique du nourrisson.

Ce peut n'être qu'une conséquence. Cela pourrait être aussi une cause.

Mais ce sont surtout les dilatations localisées du tube digestif, la dilatation de l'estomac, le méga-duodénum et le mégacæcum, les mégacôlons, la vésicule de stase, et les dilatations pyéliques avec leur conséquence, l'hydronéphrose, les uretères dilatés qui doivent être étudiés sous cet angle. J'ajouterai volontiers aussi les atonies et même les ptoses, bien que, dans mon sentiment général, la ptose vraie soit une maladie d'autre origine et d'autre type, mais bien des ptoses ne sont peut-être pas des ptoses.

J'en viens maintenant au problème de la correction opératoire des déséquilibres d'innervation le long du tube digestif ? L'expérience est encore récente sur ces divers sujets. Les cas ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse parler avec certitude. Pour l'instant, l'important est de montrer nos espérances et d'orienter les problèmes.

Et, dans ce but, je crois devoir parler d'abord de la méthode générale d'examen qu'il faut employer pour étudier ces cas.

Méthode générale d'étude des dilatations d'organe.

Voici la méthode que j'ai utilisée :

La maladie étant reconnue cliniquement et radiologiquement mes élèves et moi (Frieh, Servelle, Mlle Ricordeau, Michel Latarjet, Marcel Bérard, Ballivet, Mallet-Guy), nous examinions le malade à l'écran sans préparation. On voyait souvent le dessein des parois dilatées, même sans insufflation d'air. Après avoir noté ce que l'on voyait, on administrait de la bouillie barytée par la bouche ou en lavement sous écran. On observait le mode de remplissage, le moment d'apparition des douleurs de réplétion et on attendait, en examinant ce qui se passait. Généralement, il ne se passait rien. La bouillie ne passait pas dans le segment suivant, ou dans le cas de mégacôlon ne ressortait pas.

On prenait un cliché et au bout de dix minutes, on infiltrait le splanchnique d'un seul côté ou des deux. Aussitôt l'injection faite, on se remettait devant l'écran et on regardait ce qui se passait et dès qu'une modification dans l'état fonctionnel se produisait, un nouveau cliché était pris, et un autre, vingt minutes plus tard. Le lendemain, on refaisait un nouvel examen radioscopique et on prenait un nouveau cliché pour voir si le changement d'état s'était maintenu.

Pour ceux qui voudraient reprendre des études déjà faites, on peut étudier de même façon l'effet de l'infiltration stellaire sur le mégaœsophage ou de la chaîne lombaire sur le mégacôlon.

***

De la dysphagie spasmodique de Patterson

Le premier exemple que l'on puisse donner des états créés par le déséquilibre d'innervation du tube digestif est ce type singulier de dysphagie qui a été isolé par Patterson, de Cardiff, en 1919. Il ne rentre peut-être pas exactement dans le cadre des autres, mais il est peu connu et je crois devoir vous le signaler.

C'est une maladie surtout feminine, et que traduit une difficulté de la déglutition de type spasmodique, accompagnant une atrophie de la muqueuse pharyngée et produisant une anémie rapide.

Owen pense qu'elle relève d'une constriction du sphincter sus-œsophagien, c'est-à-dire de la partie horizontale du constricteur inférieur du pharynx, ce muscle lisse recevant son innervation tonique du ganglion cervical supérieur, à travers le plexus pharyngé.

Se basant sur cette donnée, Lambert Rogers a opéré, en 1931, par ablation des deux ganglions cervicaux supérieurs, une malade présentant le syndrome au complet. Elle fut très satisfaite du résultat fonctionnel obtenu.

Il n'est pas certain que le spasme soit primitivement en cause. On peut se demander si le trouble initial n'est pas de l'atrophie par vaso-constriction, ce qui rapprocherait cette hypertonie sympathique, de celle que l'on voit dans les sclérodermies et la maladie de Raynaud.

Je viens d'observer une malade qui me fut montrée par Mounier-Kuhn, pour un syndrome de dysphagie spasmodique associée à une dermatite atrophiante généralisée du type Herxheimer-Pick. Je ne l'ai pas encore opérée. Mais l'association des deux types cliniques m'a paru très significative.

La sympathectomie a le double avantage de supprimer le contracture musculaire, et de mettre le pharynx à un régime de vaso-dilatation favorable à la restauration de la muqueuse.

De la dilatation dite idiopathique de l'œsophage

Si l'on se rappelle que le sympathique est à la fois dilatateur de l'œsophage et constricteur du cardia, il semble de plus en plus probable que la maladie dite tantot méga-œsophage, tantôt cardiospasme, reconnaît, comme le voulait Hurst, une origine dystomique et relève d'un trouble de l'appareil d'innervation portant à la fois sur la fibre musculaire du conduit qui ne se contracte plus et se met dans un état de dilatation forcée d'une part et sur le cardia qui se contracture d'autre part. Ce serait un état d'hypertonie sympathique. Dans ces conditions, on comprend bien l'efficacité de la cardiotomie extra-muqueuse de Heller, et des dilatations forcées que font les Brésiliens, en particulier Corréa Netto, avec la sonde à eau.

On agit ainsi sur un des éléments essentiels de la maladie mais le déterminisme d'action de ces modes de traitement, en particulier des sphinctérotomies, est plus nerveux qu'à proprement parler, mécanique.

Pour ceux qui, comme moi, ont toujours pensé que la maladie devait être d'origine nerveuse, il était indiqué d'essayer des énervations locales au niveau du segment abdominal de l'œsophage très long et très extériorisable chez ces malades. J'en ai fait quatre. Deux furent complètement inefficaces, deux m'ont donné des résultats très satisfaisants. Chez une fillette d'une douzaine d'années, la section de tous les rameaux nerveux visibles au niveau de l'œsophage sous-diaphragmatique et du cardia, fut suivie d'une transformation complète dans les possibilités alimentaires. En quelques semaines, l'état général se transforma, l'alimentation devint possible, la nutrition fut changée du tout au tout, et cette grande amélioration, je ne dis pas guérison, se maintenait au bout de trois ans. Dans l'autre cas, chez une jeune femme, médecin, deux ans après l'opération, l'amélioration persistait, simple amélioration, non guérison. Gask a fait pareille tentative et n'eut qu'une amélioration.

Malgré ces deux succès, j'ai depuis longtemps renoncé à ces énervations locales, qui me semblaient inadéquates, j'avais recours à l'opération de Heller. Je ne pouvais me décider à faire la sympathectomie cervico-thoracique, que Craig, Mœrsch et Vinson (1934) ont proposée et réalisée. Je pensais plutôt à une section étagée des rameaux qui se rendent, dans la moitié inférieure du thorax, au plexus péri-aortique.

Mais, cela ne me paraissait pas encore l'opération vraiment appropriée et je restais sur la réserve, lorsque la question a soudain pris une face nouvelle, qui donne à penser que le problème est bien près d'être résolu.

Récemment, en effet, P. Santy, Marcel Bérard et Michel Ballivet eurent l'idée d'appliquer à l'analyse d'une dilatation œsophagienne, la méthode des anesthésies sympathiques, associée à l'examen radiologique que j'utilisais pour l'étude des dilatations gastriques et voici ce qu'ils ont vu : l'anesthésie stellaire est sans effet, mais l'anesthésie du splanchnique gauche fait ouvrir le cardia et contracter l'œsophage.

Dans trois autres cas, le résultat fut le même.

Je rapporte ici l'observation princeps :

Mlle Cor... Marie, 18 ans. Troubles digestifs apparus à l'âge de 12 ans. Jusque-là, l'enfant n'avait jamais accusé le moindre malaise.

A peu près régulièrement après chaque repas, elle éprouve une sensation d'étouffement ; sa respiration s'accélère ; il apparaît de la cyanose. Elle avait quelques secousses de toux, et était dans l'impossibilité de parler.

Ces crises survenaient en général immédiatement après les repas, ou au milieu du déjeûner : ce qui ne l'empêchait pas de se remettre à manger une fois la crise terminée. Celle-ci durait 3, 5 à 10 minutes, puis cessait spontanément, soit que les aliments aient réussi à progres

ser, soit qu'ils fussent rejetés par vomissement. Les régurgitations étaient d'ailleurs assez rares. La malade n'y avait jamais noté la présence d'aliments ingérés la veille. La crise ne dépendait pas de la consistance des aliments.

Les troubles étaient au début très fréquents, presque quotidiens. Actuellement, ils se produisent par périodes de 10 à 12 jours, entrecoupées de périodes de quelques jours où la malade peut manger normalement.

Elle fut traitée avec de la belladone, mais sans effet. Le spasme de la bouche œsophagienne rendit impossible l'œsophagoscopie et le passage de bougies. La dénutrition de la malade devint extrême, et c'est dans ces conditions qu'elle fut adressée au Docteur Santy, pour une gastrostomie et éventuellement une œsophago-gastrostomie.

Le 6 février 1941, le Docteur Ballivet constata d'abord à l'examen radioscopique deux faits intéressants :

1° Il y avait un mégadolichoœsophage total, terminé par une sténose absolue au niveau du cardia, à l'entrée de l'estomac. Au bout de 15 minutes, l'estomac était à peine imprégné superficiellement de baryte. On constata qu'il n'y avait pas de bulle d'air ;

2° Le point intéressant fut la détermination de la traversée diaphragmatique : la radioscopie de 3/4 montra que celle-ci siégeait à 4-6 cent. du cardia, et qu'elle était largement dilatée, marquant à peine son empreinte sur le contour de la poche œsophagienne. Il existait à la partie inférieure de la poche thoracique un coude à angle droit qui était entièrement intra-thoracique, et qui, probablement, empêcherait l'œsophagoscope de faire voir le cardia proprement dit.

Frappé par l'analogie de cette lésion avec le mégacôlon et par la localisation purement cardiaque de l'obstacle, Ballivet décida de voir ce que feraient des infiltrations.

Le 12 février 1941 (Bérard-Ballivet) :

a) Ingestion barytée. Rien ne passe au bout d'un quart d'heure. A peine quelques centimètres de baryte dans le fond gastrique ;

b) Infiltration stellaire droite (test positif). L'œsophage est si dilaté, que l'aiguille le pique. Incident sans conséquence ultérieure. Aucune modification ne suit cette infiltration.

c) Infiltration du splanchnique gauche : on constate immédiatement une série de violentes éjaculations cardiaques, qui vident l'œsophage et remplissent l'estomac si rapidement que l'on n'a pas le temps de faire un film radiographique.

Après une nouvelle ingestion, on y parvient, et l'*on constate que la largeur de l'œsophage a diminué d'un tiers.*

Les suites de ces manœuvres furent sans histoire : il y eut simplement une petite élévation thermique à 38° le lendemain. L'amélioration obtenue lors de l'infiltration splanchnique ne se prolongea pas au-delà de la durée de l'anesthésie du nerf.

Cinq jours plus tard, crise d'étouffement particulièrement intense, avec cyanose et malaise considérable.

Etant donné ces difficultés, le Professeur Santy se propose de faire une découverte du cardia avec libération et énervation aussi complète que possible. Peut-être la myotomie extra-muqueuse ne sera-t-elle pas nécessaire. On n'ose encore pour ce cas essayer une splanchnicectomie pure et simple, étant donné les excellents résultats du Heller.

Le 26 novembre 1941, opération : P. Santy, Bérard, Ballivet, Hutinel. Anesthésie locale après scophédal. L'incision montre l'estomac complètement vide et plat.

Incision du péritoine après infiltration. Saignement veineux souspéritonéal qui gêne l'inspection au début. Libération progressive du cardia et de la partie inférieure de l'œsophage. L'orifice diaphragmatique est très large, on y met facilement une valve, et l'on peut poursuivre très haut le décollement du mégaœsophage. Dans le thorax, on sectionne les branches supérieures de la coronaire entre deux ligatures, on sectionne aussi un certain nombre de filets nerveux qui arrivent au cardia.

L'impression visuelle est que le cardia est fermé par la contraction normale du muscle. Il n'y a pas d'hypertrophie de cette musculature. Seule, la musculature du mégaœsophage paraît épaisse, hypertrophiée. Il n'y a manifestement pas d'olive cardiaque. On libère la face postérieure du cardia. Des filets nerveux venant du pilier gauche du diaphragme furent sectionnés. Cette libération ne modifia en rien la forme du cardia. L'estomac resta vide et plat, le mégaœsophage resta aussi distendu qu'au début de l'intervention.

On sectionne alors aux ciseaux, la musculeuse du cardia et des trois derniers centimètres de l'œsophage. L'épaisseur de la musculeuse parut normale. La muqueuse fit saillie aussitôt et des gaz passèrent de l'œsophage dans l'estomac. Les suites opératoires furent simples.

L'examen histologique d'un fragment de ce que l'on crut le muscle montra une nappe fibreuse dense, renfermant des vaisseaux artériels et veineux, quelques petits îlots réactionnels lymphatiques. Pas trace de tissu musculaire.

Au bout de quinze jours, l'opérée avait repris 4 kilos. La radiographie montra un fonctionnement rapide et normal du cardia. Les suites furent excellentes.

Cette observation est intéressante en deux points : d'abord en ceci que l'infiltration du splanchnique gauche a fait de suite cesser la contracture du cardia et diminuer le calibre de l'œsophage. Ensuite en cela que les constatations opératoires ne montrent aucune hypertrophie musculaire.

Je crois savoir que depuis, Santy et ses aides se proposent d'essayer la section du splanchnique gauche. Ces cas ne sauraient manquer d'être publiés.

Mais il est nécessaire de remarquer qu'en pareille occurence, il faut couper le splanchnique dans son segment sous-diaphragmatique, la section sus-diaphragmatique pouvant laisser échapper des branches capables de maintenir l'hypertonie cardio-œsophagienne.

En dehors de cette possibilité sur laquelle je ne veux pas me prononcer n'ayant pas de fait personnel sur quoi m'appuyer, je pense que l'infiltration du splanchnique pourrait être envisagée comme moyen thérapeutique chez les enfants, en attendant le moment d'une décision opératoire, et chez les adultes pour lesquels l'opération ne s'impose pas. Ce serait peut-être aussi à combiner avec la dilatation.

Tout ceci semblen bien montrer l'origine neurogénique du mégaœsophage.

De la dilatation gastro-duodénale

Cette maladie qui, il y a une trentaine d'années, parut fréquente, et que l'on attribuait alors à une compression artériomésentérique, est bien déchue de son importance.

Pour ma part, depuis bien longtemps, je n'en avais pas vu en dehors de l'azotémie, qui me paraissait la cause habituelle et suffisante, de nombre de ces cas, ou d'un traumatisme médullaire (1), ce qui est exceptionnel. Mais, je pensais qu'il devait tout de même en exister en dehors de cela, puisque, dans la littérature chirurgicale, il y avait des observations précises, dans lesquelles l'azotémie n'était pas en cause, et ne pouvait être en cause.

J'avais moi-même publié un cas de ce genre en 1911 (2), observé chez un garçon de 20 ans, dont l'autopsie n'avait rien révélé qui put être causal.

Je me souvenais de cette expérience de Stieda que l'on a souvent rapportée, dans laquelle Stieda, deux mois après avoir fait une gastro-entérostomie à un chien, lui coupa les deux pneumogastriques, et vit l'animal mourir de dilatation aiguë.

Je songeais aussi à certains états de dilatation aiguë de l'estomac restant après une résection gastrique, que l'on voyait souvent autrefois, que l'on n'observe plus que rarement aujourd'hui, et que sauvait le lavage d'estomac répété.

Et je me demandais si certains de ces cas ne ressortissaient pas à un mécanisme nerveux. L'hypothèse mécanique ne me satisfaisait plus.

J'attendais depuis longtemps l'occasion favorable de voir si, là aussi, les splanchniques n'étaient pas en jeu, lorsqu'il y a quelques mois, grâce à mon interne Servelle, j'ai pu en observer deux cas presque coup sur coup.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de 21 ans, qui fut amené de nuit, au service de garde de l'Hôpital de Grange-Blanche, le 7 mai 1941, avec des douleurs épigastriques très violentes, du ballonnement, sans péristaltisme, de la contracture, sans vomissement et sans arrêt des gaz.

Servelle essaya sans résultat de vider l'estomac, puis fit une radiographie sans préparation. Il vit un énorme estomac descendant très bas, aux trois quarts rempli de liquide. Ne sachant à quoi il avait à faire, il prévint le chirurgien de garde, le Docteur Mathieu, qui décida d'intervenir et trouva un grand estomac flasque, à parois épaissies, plein de liquide. La dilatation se poursuivait sur les deux premières parties du duodénum. Il fit une gastro-entérostomie, bien qu'il n'y eût pas d'obstacle.

Servelle connaissant mes idées à ce sujet, fit venir le malade dans mon service, et quand la guérison opératoire fut obtenue le 9 juin, procéda à une série d'examens sous écran.

A 9 heures, une radioscopie montra, sans préparation, un estomac très dilaté et rempli de liquide, bien que le malade fut à jeun ; un cliché fut pris.

Après ingestion barytée, une seconde radiographie fit voir un estomac énorme, inerte, ne se vidant ni par le pylore, ni par l'anastomose. On attendit un quart d'heure : l'image de stase n'avait pas changé, et sous écran, l'estomac se contrac-

(1) J'en ai publié une observation dans le *Lyon chirurgical*, 1er mars 1941. (Les aspects chirurgicaux de l'aérophagie).

(2) Note sur un cas d'occlusion aiguë gastro-duodénale primitive *Revue de médecine*, octobre 1911.

tait très peu. Le liquide de stase surnageait et au niveau du pylore, il existait un petit niveau séparant la bouillie et le liquide de stase.

A 9 h. 1/4, toujours même aspect.

A 10 heures, il y a des contractions lentes et peu marquées. L'évacuation commence par le pylore et par le cornet anastomotique. Elle est paresseuse.

A 10 heures et demie, Servelle fait une infiltration bilatérale des splanchniques et prend immédiatement un cliché : l'estomac a déjà diminué de volume. Il se contracte énergiquement, l'évacuation se fait rapidement.

A 11 heures, l'estomac n'est plus constitué que par un étroit conduit oblique en L renversé, animé d'un péristaltisme intense qui se poursuit sur le grêle. Toute la bouillie est dans l'intestin.

A la suite des résultats de cette infiltration splanchnique, je fis répéter les infiltrations dans les jours suivants. Elles eurent de tels effets, que le malade, très maigre, reprit rapidement du poids, devint boulimique, cessa d'avoir le moindre trouble digestif, et partit au mois de juillet en excellent état sans vouloir être opéré.

Peu après, Servelle fit entrer à la Clinique un cas presque identique, dont voici l'observation :

Un homme de 22 ans est admis à l'hôpital le 7 juillet 1941, avec le diagnostic d'ulcère perforé. Il a été pris 6 heures avant d'une violente douleur épigastrique , puis d'une syncope. A l'examen, il est pâle, le pouls rapide. Il n'a pas vomi. Il raconte que depuis deux ans, il souffre de douleurs à type de brûlures sans horaire fixe. Il y a six mois, il a présenté une douleur très vive dans la région épigastrique avec crampe et vomissement bilieux. Depuis, les crises se sont répétées, l'ingestion alimentaire les calme.

A l'examen Servelle note du ballonnement avec légère contracture, la disparition de la matité hépatique. Le malade est peu schocké. Le chirurgien de garde intervient pour ulcère perforé, ne trouve qu'un estomac énorme, plein de liquide. Il n'y a pas de sténose. La ponction évacue des quantités énormes de liquide et de gaz. Les parois de l'estomac sont épaissies. On referme. Le 26 juillet, le malade étant opératoirement guéri, Servelle fait un examen radiographique. Il voit un estomac énorme ne se contractant pas, avec du liquide de stase et une évacuation très lente. Après 20 minutes d'observation, infiltration des deux splanchniques. Cinq minutes après, il note des contractions énergiques de l'estomac qui s'évacue rapidement. Le grêle se contracte également. Dix minutes plus tard, nouveau cliché : péristaltisme intense. L'estomac est diminué dans sa largeur, mais pas dans sa longueur. L'évacuation est très accélérée. Devant ce résultat positif, de l'infiltration splanchique, le 28 juillet, je fais une section du splanchnique gauche. Le 13 août, le malade rentre chez lui, très amélioré.

Le 15 septembre, le malade est revu en excellent état, Servelle fai un second examen radiographique. Il trouve un estomac long rès droit, qui se vide tout de suite avec des contractions énergiques. En une demi heure l'évacuation est pratiquement terminée. Le 23 novembre, les résultats cliniques et radiographiques sont satisfaisants. Il est revu en fin décembre allant bien.

Ces deux observations semblent faire la preuve que la dilatation gastro-duodénale peut relever d'un mécanisme nerveux et que l'infiltration splanchnique en est probablement le remède héroïque. Il faut évidemment la faire précéder d'une évacuation à la sonde s'il y a lieu. Il est pour le moins inutile de faire passer ce liquide de stase, probablement toxique, dans un grêle prêt à absorber. De même on pensera aisément qu'il convient de faire suivre le lavage gastrique, ou l'aspiration, d'une injection hypertonique intra-veineuse, avant d'anesthésier le ou les splanchniques.

En réfléchissant à ces cas, il me semble que les dilatations aiguës se greffent sur un état chronique de dilatation. Chez mes deux malades, il en était ainsi : volontiers je penserais que le mécanisme artério-mésentérique est secondaire à la réplétion duodénale. En tout cas, c'est pour un état chronique que se pose, s'il y a lieu, la question de la section du splanchnique.

Je voudrais signaler en terminant l'efficacité de l'infiltration splanchnique dans la dilatation duodénale qui est consécutive à la résection gastrique dans le procédé d'anastomose termino-latérale ou latéro-latérale. Cette complication est rare aujourd'hui. Tout récemment, j'ai eu l'occasion d'en observer un cas.

J'avais fait à une femme de 53 ans une gastrectomie très étendue pour un estomac biloculaire par ulcère du versant postérieur de la petite courbure. La maladie datait de 20 ans. La résection (anastomose termino-latérale) fut sans particularité et la guérison se fit sans incident autre que quelques régurgitations biliaires. Lever au 3[e] jour, apyrexie complète, selle au 5[e] jour ; au 10[e] jour, la régurgitation biliaire augmentant, on fait quelques lavages, mais la bile revient toujours et la radiographie montre l'anse duodénale dilatée.

La question se pose d'une anastomose jéjuno-jéjunale. C'est l'avis de Santy qui voit la malade. Je demande à mon aide, Mlle Ricordeau, d'essayer de l'infiltration splanchnique. Cinq infiltrations font tout rentrer dans l'ordre. Trois mois après, la malade écrit qu'elle est dans un état parfait. Il y a donc lieu de songer à l'anesthésie splanchnique dans un certain nombre de circonstances où par habitude nous continuons de penser mécaniquement.

Vésicule de Stase

Chacun connaît ces vésicules atones, flasques, que le tétraiode montre pendantes, dilatées et inertes. Elles s'accompagnent de malaises variés, de migraines violentes, de troubles digestifs, que l'on essaie un jour de traiter par une cholécystectomie ou stomie qui ne donne pas grande satisfaction, ni à l'opéré, ni au chirurgien.

Elles me paraissaient pouvoir relever aussi d'un déséquilibre de l'innervation vésiculaire. Déséquilibre ? Mais dans quel sens ? C'est bien difficile à dire, étant donné nos incertitudes au sujet de l'innervation de la vésicule et des voies biliaires, partagée entre le splanchnique et le vague, étant donné surtout ce fait, mis en évidence par Westphal, que la section double du pneumogastrique et du splanchnique n'est suivie d'aucun trouble de la motilité des voies biliaires.

J'attendais l'occasion. J'avais vu avec la plus grande netteté sur un film radiographique qu'après cholécystectomie, alors que les voies biliaires étaient remplies de lipiodol, l'infiltration anesthésique du splanchnique était suivie d'une contraction énergique du cystique et du cholédoque. Je n'en savais pas plus lorsque tout dernièrement, Mallet-Guy m'a apporté une observation que je résume brièvement puisqu'il vient de la publier dans la *Presse médicale* :

Il avait en traitement une femme de 30 ans, qui avait des migraines depuis six ans, à la suite d'un accouchement, migraines à prédominance occipitale, durant 24 heures en moyenne, avec des vomissements de bile brunâtre, souffrant de digestions lentes, capricieuses, avec hoquet, ballonnement, des tubages duodénaux provoquaient chaque fois une migraine violente, suivie régulièrement d'une amélioration très nette. En décembre 1940, les troubles s'étaient aggravés. Les tubages ne faisaient plus rien. L'examen clinique ne révélait rien.

Le 18 août 1941, une cholécystographie montra une grosse vésicule atonique, dont le fond dessine une sphère parfaite et le corps un cône régulier. Le fond dépasse de trois travers de doigt le rebord costal.

Après un repas gras, l'ombre vésiculaire diminue d'un tiers environ, tout en gardant une forme typique d'atonie. Il n'y a pas d'images calculeuses.

Le 19 août 1941, Mallet Guy fait une *infiltration splanchnique bilatérale*, bien supportée, l'efficacité en étant contrôlée par la chute de la tension artérielle de 10 1/2 à 7. Parallèlement d'ailleurs, un lavement baryté montre une augmentation très nette de la tonicité colique, l'infiltration ayant déclanché une crise immédiate de coliques et entraîné l'évacuation d'une partie du lavement.

Dès le lendemain, la malade accuse un mieux-être considérable : pas de migraine, digestions faciles, appétit retrouvé. Seule persiste la constipation.

Le 22 août 1941, une nouvelle *cholécystographie* montre de fait une vésicule plus tonique, ne donnant plus l'image en « carotte » des vésicules atoniques. Son contour est échancré d'ondes contractiles, et ses dimensions réduites d'au moins un quart. Sur le deuxième cliché, après repas gras, l'évacuation paraît se faire beaucoup mieux.

Dans les jours qui suivent, l'amélioration ne s'est pas maintenue intégralement. Les céphalées sont réapparues, mais peu intenses, pas de vomissements, ni de nausées. Les digestions sont de nouveau un peu gênées, quoique beaucoup moins.

Le 1[er] septembre 1941, un *tubage duodénal* ramène après 50 cg Mg, 55 c. c. de bile jaune clair, limpide. L'activité pancréatique est normale. L'examen cyto-bactériologique ne montre pas de coli. Le 3 septembre, depuis le tubage, des céphalées sus-orbitaires, violentes, ont repris, ainsi que des ballonnements post-prandiaux.

Le 8 septembre, une *cholécystographie* montre une vésicule tonique d'aspect normal. Malgré cette image radiologique, il semble que le bénéfice de l'infiltration splanchnique se dissipe, et une deuxième infiltration est décidée.

Le 15 septembre 1941, *infiltration splanchnique droite*, bien supportée, qui, à nouveau, fait disparaître les troubles fonctionnels.

Une *cholécystographie* montre : avant l'infiltration vésicule apparemment normale. Après l'infiltration : vésicule très modifiée, allon-

gée, mais surtout rétractée, [illegible] dans son ensemble, sans anneau contractile. Après [illegible] évacuation normale de la vésicule.

Ce cas semble démontrer [illegible] que l'étude des vésicules de stase doit être poursuivie à l'aide des infiltrations anesthésiques du splanchnique [illegible] qui seront peut-être le vrai traitement de ces cas si [illegible].

Elles aussi ne paraissent être, à la lueur de l'observation de Mallet-Guy, que le résultat d'une dystonie splanchnique.

Carences occultes en facteur « C »

Diagnostic de Laboratoire (1)

Par C. TROUPEAU

Depuis la découverte du facteur C par Szent-Györgyi, les recherches poursuivies dans tous les pays ont montré l'importance biologique de ce facteur.

Le type de carence en vitamine C est représenté par le scorbut, maladie connue depuis la plus haute antiquité, qui comme l'écrit Szent-Györgyi est l'espression finale de l'avitaminose C.

Mais outre cette action antiscorbutique bien connue, en association avec le facteur P, lequel assure la perméabilité et l'intégrité de la paroi des capillaires sanguins, la vitamine C se comporte comme un facteur d'équilibre et d'entretien jouant un rôle capital dans l'organisme humain en réglant le potentiel d'oxydo-réduction du suc cellulaire et en préservant le protoplasma de l'oxydation. Elle intervient dans le métabolisme du fer, dans le maintien de l'équilibre physico-chimique du sang, et accroît les moyens de défense de l'organisme contre certaines affections et intoxications, concourrant ainsi à l'immunité organique.

Métabolisme

Apporté par l'alimentation, le facteur C est résorbé au niveau de l'intestin grêle. Il est alors retenu par l'organisme et stocké principalement au niveau du foie mais aussi dans le cortex surrénal, le corps jaune, les cellules intersticielles du testicule, l'antéhypophyse, et ceci tant qu'il existe une déficience par rapport à la teneur normale de ces organes. Au contraire, quand l'organisme est saturé en acide ascorbique l'excès est éliminé par la voie urinaire. Ainsi il ne peut exister normalement d'hypervitaminose C. On n'a d'ailleurs, ni sur l'homme, ni sur les animaux, constaté aucun trouble provoqué par l'excès du facteur C ; les hypervitaminoses ne paraissent exister que pour les vitamines liposolubles et non pour les hydrosolubles.

Mode de production des carences

La carence peut être réalisée par des modes différents :

1° L'apport alimentaire est insuffisant ;

2° L'acide ascorbique est détruit au niveau de l'estomac, du fait d'une anachlorhydrie gastrique, au niveau du grêle par des bactéries pathogènes ou une entérite chronique.

3° Il existe une consommation exagérée de l'acide ascorbique par suite d'une augmentation des phénomènes d'oxydo-réduction, c'est ce qui se passe par exemple chez l'individu jeune en croissance, dans certains désordres endocriniens, tout particulièrement l'hyperthyroïdie.

4° L'acide ascorbique est arrêté au niveau de la glande hépatique.

(1) Travail du Laboratoire de Recherche du Service de Clinique chirurgicale du Professeur JEANNENEY (Bordeaux).

Si la carence est importante, de graves désordres vont se manifester, sinon, nous nous trouvons en présence de ce que le Professeur Mouriquand appelle les carences inapparentes.

Comme l'écrit Szent-Györgyi un manque partiel et minime de vitamine C, ne se révélera par aucun symptôme et laissera l'organisme parfaitement sain en apparence.

Ce sont ces états de précarence qu'il faut dépister sans attendre les manifestations cliniques des avitaminoses classiques.

Le déficit en vitamine C est le plus répandu et le plus insidieux des états d'infériorité de l'organisme, très souvent aucun signe grave ne le signale à l'attention, et c'est par exemple à l'occasion d'un état infectieux grave qui amène un affaiblissement profond de l'organisme que se signale l'état de carence. Les besoins de l'homme en cette vitamine sont en effet beaucoup plus considérables que pour les autres, alors qu'il suffit de 1 milligramme de B_1, de 2 milligramme de B_2, de 3 milligrammes de A, de quelques dixièmes de milligramme de D, le besoin journalier en facteur C est suivant les auteurs de 50 à 100 milligrammes. D'autre part, l'organisme humain, contrairement à ce qui se passe pour certaines espèces animales comme le pigeon et le chien, est incapable d'effectuer la synthèse de l'acide ascorbique. Signalons cependant que d'après Rohmer et Beszonoff, jusqu'à l'âge de six mois, l'organisme du nourrisson serait capable de réaliser la synthèse de la vitamine C.

Ainsi fréquemment sont réalisés des états de précarence par insuffisance de la ration alimentaire en vitamine C. Nous sommes alors à cette période que le Professeur Mouriquand appelle « la phase asymptomatique » ; et nous devrons, faute de signes visibles faire appel aux recherches de laboratoire en vue d'établir notre diagnostic.

Toute cette étude de laboratoire, faite d'ailleurs principalement sur le sang exige des microdosages. Nous passerons rapidement en revue quelques méthodes de dosage. Dans un travail en cours nous nous réservons de revenir plus longuement sur ces différentes méthodes de dosage.

***

Avant d'aborder l'étude des méthodes de dosage, nous ferons un bref rappel de la nature chimique du facteur C.

Nature chimique de la vitamine C. — Nos premières notions sur les propriétés chimiques de la vitamine C remontent aux expériences anciennes de Holst et Froelich en 1915 ; mais ce n'est qu'en 1928 qu'elle fut isolée pour la première fois par Szent-Györgyi à partir de la cortice-surrénale. Ayant montré que ce corps était un dérivé des exhoses il l'appelle acide hexuronique, de formule brute $C_6H_8O_6$; ce corps prévenait et guérissait le scorbut du cobaye à la dose de 1 milligramme. En 1933, il l'appela acide ascorbique.

Dès 1933, sa synthèse fut opérée simultanément par Reishstein et Haworth à partir du xylose ou du galactose. Aujourd'hui il est préparé industriellement.

Ce corps est caractérisé essentiellement par son haut pouvoir réducteur, et par le fait que les oxydations qu'il subit peuvent être réversibles. La formule qui est adoptée définitivement aujourd'hui est celle de Hirst :

```
OH          OH        HOC ═══════ COH
|           |          | (3)   (2)  |
C(6) ──── C(5) ──── HC(4)    (1) C=O
|           |            \        /
H2          H              O
```

La molécule contient, fixées à une même double liaison deux oxhydriles enoliques et cette double liaison se trouve elle-même conjuguée avec un groupement fonctionnel lactonique.

Comme l'ont montré les travaux de Micheel et Schultze, un des oxhydriles se comporte comme un acide, l'oxhydrile

fixé en 3. C'est ce radical qui fut longtemps considéré à tort comme un radical acide. Cette forme est la forme réduite de l'acide ascorbique, forme qui existe dans les milieux biologiques ou tout au moins que l'on en isole. Ce corps s'oxyde facilement et passe à l'état d'acide déhydro-ascorbique qui ne possède plus de propriétés acides.

```
OH        OH       O=C(3)———(2)C=O
|         |           |          |
C(6) ——  C(5) ——  HC(4)      (1)C=O
|         |            \        /
H2        H             O
```

En 1936, une étude très complète de ce dernier corps a été faite par Molle et Vieters qui l'ont préparé sous forme de solution en oxydant l'acide ascorbique par la quinine.

Méthodes de dosages. — Les différentes méthodes employées pour doser l'acide ascorbique sont toutes basées sur le haut pouvoir réducteur de ce corps.

Méthodes de Beszonoff : Beszonoff a mis au point une technique basée sur le fait qu'en présence de vitamine C, l'acide mono-molybdo-phosphotungstique vire au violet.

Méthode de Tillmanns : La méthode de Tillmanns consiste à titrer le pouvoir réducteur de l'acide ascorbique par le 2-6-dichlorophénol-indophénol en pH égal à 2,5.

Ces diverses méthodes basées sur la réduction de colorants par l'acide ascorbique ne sont pas tout à fait spécifiques. En effet, dans les différents tissus et humeurs de notre organisme, il existe beaucoup d'autres corps doués de propriétés réductrices, corps à fonction aldéhyde ou cétone, tel l'acide pyruvique, le glutathion, la cystéine. Le but qu'il faut atteindre est donc une augmentation de la spécificité des méthodes de dosage. On y parvient en partie en opérant en milieu acide et en éliminant auparavant ces différentes substances réductrices. Pour ce, Van Eckelen emploie l'acétate de mercure. On peut alors doser l'acide ascorbique par une des méthodes dosées auparavant, celle de Tillmanns ou celle de Martini et Bonsignore qui emploient le bleu de méthylène.

Dans le laboratoire de recherche du service, nous employons, pour le dosage de l'acide ascorbique dans le sang, la méthode mise au point à la Faculté des Sciences de Bordeaux par MM. Espil et Genevois ; cette méthode à la suite d'une série d'opérations très simple permet d'éliminer les différents corps réducteurs, et de ne doser strictement que l'acide ascorbique.

Méthode Espil-Genevois. — Cette méthode est basée sur le fait que les corps à fonction aldéhydique ou cétonique se combinent avec la dinitro-2-4 phényl hydrasine pour donner des hydrasones, corps cristallisés, jaunes orangés insolubles dans l'acide chlorhydrique, solubles dans l'alcool et l'acide acétique. Dans le cas présent, deux molécules de dinitrophénylhydrazine se combinent à un molécule d'acide déhydroascorbique pour donner une hydrasone soluble dans l'alcool méthylique que l'on traite par un excès d'une solution de trichlorure de titane qui agit comme réducteur d'après l'équation :

$$Cl_3Ti + ClH = Cl_4Ti + H$$

Afin d'éviter toute oxydation du trichlorure de titane, il faut opérer dans un récipient clos parcouru par un gaz inerte. On titre ensuite l'excès de gaz titaneux par une liqueur de sulfate ferrique en présence d'un sulfocyanure alcalin qui sert d'indicateur. (Méthode Knecht et Hibbert).

Pour le dosage de l'acide ascorbique dans le sang le point important est la purification du précipité d'hydrasone qui demande environ 48 heures pour se former à la température de 15°.

Mode opératoire :

Nous exposerons ici brièvement le mode opératoire :

1° Prélever 10 c. c. de sang par ponction veineuse. On opère sur 10 c. c. de sang pur ou 11 c. c. de sang citraté.

2° Ajouter 15 grammes de sulfate de magnésie anhydre. Traiter jusqu'à obtention d'une pâte.

3° Compléter à 200 c. c. d'alcool méthylique dans une éprouvette graduée bouchée émeri. Agiter et laisser en contact pendant trois quarts d'heure environ.

4° Filtrer.

5° Recueillir 150 c. c. du filtrat correspondant à 7,5 c. c. de sang.

6° Oxyder à l'iode N/100.

7° Ajouter 20 c. c. de dinitrophénylhydrasine à 2 % en solution dans l'acide chlorhydrique 2 N.

8° Laisser en contact après avoir évaporé l'alcool et ajouté environ 20 c. c. d'eau distillée. Le précipité demande environ 18 heures à se former.

9° Filtrer et laver le précipité par l'acide chlorhydrique 2 N jusqu'à ce que le filtrat soit incolore.

Purification du précipité.

On opère de la façon suivante :

1° Lavage du précipité sur un filtre en verre poreux avec une solution de CO_3 NaH, saturée de CO_2. Recueillir le filtrat A.

2° Lavage du précipité avec une solution de CO_3 Na_2 à 100 grammes par litre tiède. Recueillir le filtrat B.

3° Dissoudre le précipité par l'alcool méthylique chaud. Recueillir le filtrat C.

A, B, C, sont dosés par le trichlorure de titane.

A contient des acides cétoniques, genre acide pyruvique.

B contient l'acide ascorbique sous forme d'acide déhydroascorbique,

C contient les corps aldéhydiques.

Quelques résultats de dosages effectués dans le service

Par la méthode Espil-Genevois, nous avons obtenu les résultats suivants :

Chez les sujets sains, les quantités obtenues sont de l'ordre de 10 à 14 milligrammes d'acide ascorbique par litre de sang. Pour les déterminations de ces chiffres, nous avons employé le sang de donneurs du Centre de transfusion sanguine. Prenons deux chiffres extrêmes :

M. C... Donneur du groupe 4 : 14 milligrammes.

Mme G... Donneur du groupe 4 : 10 milligrammes.

Dans des états pathologiques multiples, infection aiguë, infection chronique, etc., nous avons obtenu des *taux toujours inférieurs à la normale.* Prenons quelques chiffres typiques entre autres.

M. P..., abcès multiples du cerveau : 6 milligrammes.

Mme D... Phlegmon de l'avant-bras : 7 milligrammes.

Mme T... Ictère hémolytique : 8,8 milligrammes.

Mme Z... Maladie de Raynaud, 4,5 milligrammes.

Dans certains cas même (choc opératoire, grands infectés) les taux peuvent encore être plus bas atteignant 2 milligrammes et moins. C'est ainsi que dans un cas d'appendicite aiguë, un dosage pratiqué 5 heures après le début de la crise a montré un taux d'acide ascorbique de 1,1 milligramme.

Ces dosages réalisés par nous donnent des chiffres sensiblement inférieurs à ceux de beaucoup d'auteurs; par exemple Schneider et Vidmann donnent des taux variant de 21 à 29 milligrammes au litre suivant l'âge. Miski, Swadeh et Ssoskin, des taux de 11,9 milligrammes à 26 milligrammes au litre.

Ces différences doivent, à notre sens, être attribuées aux méthodes employées qui ne sont pas spécifiques de l'acide ascorbique. C'est pourquoi nous avons choisi la méthode Espil-Genevois établie en vue d'une parfaite spécificité. Nous devons cependant signaler que des résultats absolument comparables ont été donnés tout récemment par les auteurs hollandais J. de Haas et Meulemans. Ceux-ci donnent les chiffres suivants :

Enfants et adultes chinois : taux 6 à 11 milligrammes par litre de sang.

Nouveaux-nés : 11 à 14 milligrammes.

Mères après l'accouchement : 7,5 à 10 milligrammes.

Dans le même sens J. Boog trouve que le taux de l'acide ascorbique dans le sang varie entre 3 et 14 milligrammes par litre ; tous ces chiffres sont du même ordre de grandeur que les nôtres.

Il est certes difficile de fixer le taux exact au-dessous duquel on peut considérer qu'il y a carence ; d'après nous, et en employant notre méthode, *nous considérons qu'au-dessous du taux de 9 milligrammes d'acide ascorbique par litre de sang, commence la carence.*

Ainsi, par cette méthode, nous parvenons à mettre en évidence les hypovitaminoses C qu'il faut dépister et combattre avant qu'il ne soit trop tard. Ne demandant pas de suivre le malade pendant plusieurs jours puisqu'il nous suffit de pratiquer une prise de sang de 10 c.c., le dosage du taux de vitamine C dans le sang sera facilement accepté par le malade.

Dans les services hospitaliers, où le malade reste jusqu'à sa complète guérison, les différents examens sont donc rendus beaucoup plus faciles. On pourra parfois adjoindre au dosage dans le sang, le dosage dans les urines.

En effet, lorsque l'organisme est saturé en acide ascorbique, celui-ci est éliminé par la voie urinaire (ascorburie). Le facteur C sera alors facilement mis en évidence par un accroissement net du pouvoir réducteur des urines. Partant de ce fait, les chercheurs anglais Harris et Ray ont imaginé un test qui permet de dépister les déficiences en facteur C et de donner un chiffre approximatif du degré de carence.

Principe du test de saturation de Harris et Ray

Lorsqu'on administre à un sujet normal des doses importantes de vitamine C, celle-ci est éliminé par voie urinaire. L'élimination est mise en évidence par la réduction d'une solution de dichlorophénol-indophénol. Au contraire, l'organisme carencé fixe l'acide ascorbique et c'est d'après les doses qu'il a fallu donner avant d'obtenir une décoloration de la solution de dichlorophénol indophénol par les urines que l'on juge l'ordre de grandeur du déficit en vitamine C. A l'heure actuelle, on opère de la manière suivante (*Demole*).

Pendant un ou deux jours, on dose les urines. Ensuite, quotidiennement, on fournit à l'organisme de la vitamine à dose massive 300 milligrammes par jour par exemple. Les urines sont alors de nouveau dosées. Lorsque l'acide ascorbique est éliminé suivant la proportion de 40 à 80 % de la dose ingérée, on admet que l'état de saturation est atteint. D'après les quantités d'acide ascorbique fournies à l'organisme, on estime l'état de earence.

Le plus souvent les doses de vitamine C sont fournies *per os*. Le test pourra alors se trouver en défaut lorsqu'il se produit un vice d'assimilation dans l'absorption de l'acide ascorbique. Dans ce cas, il faudra fournir l'acide ascorbique par voie parentérale.

***

En résumé, nos observations confirmées par d'autres documents montrent l'existence de *précarences en facteur C* qui ne se signalent pas par les symptômes classiques des avitaminoses. Ces carences occultes, ces carences inaparrentes suivant l'expression du Professeur Mouriquand, dans lesquelles l'organisme paraît parfaitement sain, se montrent de plus en plus fréquentes, au fur et à mesure que s'accroissent nos connaissances sur le facteur C. C'est à cette période asymptomatique qu'il faut savoir les déceler sans attendre l'apparition des manifestations cliniques de l'avitaminose ; c'est à cette période que les dosages attentifs permettent de déceler une insuffisance de facteur C dans le sang.

Nous savons que ces états de carence peuvent être réalisés par des mécanismes différents, qui schématiquement peuvent être amenés au quatre types suivants :

1° Apport alimentaire insuffisant ;

2° Destruction de l'acide ascorbique au niveau de l'estomac ou de l'intestin grêle.

3° Augmentation générale des phénomènes d'oxydoréduction.

4° Arrêt du facteur C au niveau de la glande hépatique.

Nous devrons donc toujours nous efforcer de voir si un des cas précédents ne se trouve pas réalisés, et savoir que bien souvent l'alimentation courante n'apporte pas les 50 milligrammes, besoin journalier maximum en acide ascorbique.

En conséquence, *nous proposons comme élément essentiel du diagnostic de ces précarences un dosage spécifique de la vitamine C dans le sang. Le dosage spécifique choisi par nous est celui d'Espil-Genevois qui permet d'éliminer les facteurs réducteurs autres que l'acide ascorbique.*

Comme complément de diagnostic, nous proposons quand cela est possible, d'effectuer le contrôle de la saturation organique par la mise en évidence de l'élimination de l'acide ascorbique par voie urinaire, l'état de saturation étant atteint lorsque l'acide ascorbique est éliminé à la dose de 40 à 80° % de la dose ingérée. Pour ce faire, nous fournirons à l'organisme des doses massives d'acide ascorbique, 300 milligrammes par jour environ.

En *conclusion*, pour établir une THÉRAPEUTIQUE en rapport avec ces observations, il conviendra de les confirmer et d'établir des traitements à base de vitamine C qui pourront placer les malades dans un meilleur état de résistance. En conséquence, le clinicien aura avantage à faire pratiquer le dosage de l'acide ascorbique dans le sang. Il sera même avantageux de compléter cette étude par la recherche du test de saturation.

Pourrons-nous par ailleurs conclure à l'emploi de doses massives de vitamine C dans tous les cas de précarence ? il faudrait de très nombreuses observations faites au cours de traitement dans un grand nombre de cas pour élucider cette question. Il y aura sans doute des discriminations à établir suivant les cas. Par ailleurs, nous ne pensons pas que le traitement à dose massive de vitamine C puisse comporter un danger quelconque. Aucune observation n'a été faite d'hypervitaminose C. Nous conseillons donc au praticien d'avoir toujours présente à sa pensée cette idée d'une précarence possible en facteur C et de ne pas craindre la traiter à titre préventif, la dose préventive minima étant de 50 milligrammes par jour, soit 100 unités internationales. Cette thérapeutique est à l'heure actuelle rendue précise par la synthèse industrielle de l'acide ascobirque.

BIBLIOGRAPHIE. — BOOG (J.) : Trav. chim. Pays-Bas. Juillet-août 1940. 59-713-9 (A). — EPSIL et GENEVOIS : *Bulletin Société chimique de France*, 5° série, T 5, p. 1532, 1938. — Mlle GATET, GENEVOIS, MANDILLON : Dos. ac. ascorb. dans difer. org. du eol. *Soc. Bio. Bordeaux*, séanee du 7 juillet 1938, 8 février 1939.— GIROUD : L'acide ascorbique. *Presse Médicale*, 14 décembre 1938, p. 1838-1842. — J. DE HAAS, O. MEULEMANS : Vitamine C in the blut. *Acta Brevia Neerland Physiol. Pharmacol. Microbiol.*, 8-149-52-1938- — G. MOURIQUAND : La vitamine C devant la clinique et l'expérimentation. *Monde Médical*, 1er-15 juin 1935, n° 884, p. 788-796. — RANDOIN et SIMONET : Les vitamines, Paris 1939, in-16°, 218, p.000. — C.-P. STEWART, Harolds SCARBOROUGH, P.-J. DUNN : Isolation of ascorbic acid from urine. *Nature*, 1937, n° 3537, vol. 140, p. 282. — SIVADJIAN : La chimie des vitamines et des hormones, Paris 1938. — SZENT-GYÖRGYI : *Presse Médicale*, 1938, n° 51.

Les sciences de la vie aux XVIIe et XVIIIe siècles. L'idée d'évolution, par Emile GUYÉNOT. Un vol. de la *Bibliothèque de Synthèse historique. L'Evolution de l'Humanité.* Prix : 58 francs. A. Michel, édit., 22, rue Huyghens.

Emile Guyénot s'est attaché à situer son travail de ehereheur dans l'histoire de la seience dont il est un des maitres. Mais, tout en utilisant une très riche documentation historique, il a unifié son exposé en l'orientant vers l'hypothèse qui, lentement préparée, a éclairé soudain l'attitude de la vie. Sa pensée directrice, déclare-t-il, s'inspire du fait qu'à la fin du XVIIIe sieèle fut peu à peu construite, puis formulée, la théorie qui devait « imprimer un si prodigieux essor à l'étude des sciences naturelles et renouveler la philosophie seientifique » : « événement capital », dit-il, et encore « une des plus prestigieuses eonstructions du cerveau humain ».

Mais preeisément, c'est à ce travail constructeur du cerveau humain, à la pensée seientifique, qu'il s'est essentiellement intéressé : il est « préoecupé plus de la marche souvent tortueuse de l'esprit humain, du développement lent des idées, que de la eonstruction de l'édifice seientifique lui-même ». Peut-être n'a-t-on jamais étudié de façon aussi pénétrante, l'élaboration d'une théorie scientifique.

Le drame, le « véritable drame », qui s'est joué dans la conseience des naturalistes des siècles passés pour se dégager des idées traditionnelles, pour échapper aux superstitions, pour renoneer aux explications *a priori*, pour fortifier, pour perfectionner l'instrument intellectuel : voilà l'objet réel, le fond passionnant de ce livre.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Troubles digestifs de carence vitaminée (1)

Par **Jacques MALLARMÉ**

On fait jouer depuis quelques années un rôle de premier plan aux vitamines en thérapeutique. Leur importance s'accroît chaque jour d'acquisitions nouvelles sur le plan scientifique, d'aperçus nouveaux sur le plan clinique. Et les régimes restrictifs, auxquels sont soumises les populations en ce moment, ne sont pas sans contribuer à la faveur dont jouissent les vitamines, parfois peut-être excessivement. On voit des avitaminoses partout, on donne des vitamines à tout propos, bien souvent sans idée directrice. Aussi bien, cette question mérite-t-elle une mise au point.

Que le retentissement de l'avitaminose sur le tube digestif soit important, personne n'y contredit. Cependant son étude présente quelques complexités, cela pour plusieurs raisons.

La première résulte des progrès apportés à l'étude des vitamines qui, à côté de faits définitivement acquis, indiscutables, laisse encore des questions pendantes, des chapitres d'attente ; bien des vitamines gardent un côté mystérieux soit par leur constitution, soit par leur fonction.

D'autre part, il apparaît que les carences isolées et pures sont l'exception. Plus souvent on assiste à une avitaminose multiple et la déficience en vitamines se complique encore d'autres carences organique, minérale, ou mieux de déséquilibre alimentaire. Celui-ci prend souvent le pas sur le facteur avitaminique qui, il faut bien le reconnaître, n'est très souvent qu'hypovitaminique.

Enfin, l'avitaminose et les troubles qu'elle engendre n'est pas forcément le résultat d'une carence d'apport. Elle est parfois liée à un défaut d'absorption ou d'utilisation tissulaire, si bien que les troubles digestifs facteurs d'inabsorption peuvent être aussi bien la cause que la conséquence de l'avitaminose. Les retentissements réciproques créent un cercle vicieux, et s'aggravent mutuellement.

Nous envisagerons les troubles digestifs de carence de deux manières, dans deux chapitres différents.

Dans un premier chapitre, nous considérerons les affections caractérisées, dans lesquelles l'avitaminose est indiscutable, prépondérante.

Dans un autre chapitre au contraire, nous discuterons du rôle des vitamines dans le déterminisme des troubles digestifs les plus divers.

I. LES GRANDES MALADIES DIGESTIVES AVITAMINIQUES. — Ce sont principalement : le scorbut, la pellagre, la sprue.

Le scorbut. — Connu de tous les temps, le scorbut fut longtemps la maladie des famines, des guerres, des sièges, des expéditions lointaines. Au début du siècle, on devait, à la pasteurisation systématique de l'alimentation artificielle, une recrudescence du scorbut de l'enfant. L'avitaminose C en est responsable, et c'est Szent-Gyorgyi qui, en 1932, identifia l'acide ascorbique, hydrosoluble, jouant un rôle essentiel dans les oxydo-réductions cellulaires.

Le tableau clinique du scorbut, en dehors des hémorragies multiples, fait une part importante aux troubles digestifs : l'inappétence et surtout la gingivite, signe parfois révélateur de la carence. Au pourtour des dents, surtout des dents cariées, déchaussées, la gencive se tuméfie, se décolle, forme un bourrelet épais violacé, fongueux, qui recouvre les dents, douloureux spontanément ou à la pression. L'haleine devient fétide. Au moindre contact, les dents saignent et si le traitement n'intervient pas à temps, les hémorragies deviennent profuses, les ulcérations apparaissent étendues et creusantes, les racines se dénudent. Des lésions purpuriques ou vésicales hémorragiques s'ajoutent à la voûte palatine, des hématomes au plancher buccal. Le purpura s'observe encore sur tout le tractus digestif. Mais ce n'est que dans les formes graves, irréversibles de scorbut, formes historiques, que la terminaison peut se faire dans un syndrome hémorragique digestif : hématémèses, mœlena.

Chez l'enfant, que l'absence de dentition préserve de la gingivite, les troubles digestifs au contraire ont une plus grande importance : l'anorexie totale, absolue ; la diarrhée tenace, parfois dysentériforme ou la constipation opiniâtre sont souvent annonciatrices d'une hypovitaminose C. Seul l'acide ascorbique qui en a raison, en démontre l'origine carentielle, avec l'enquête étiologique : alimentation privée de fruits et légumes frais.

La Pellagre. — Longtemps réservée à la pathologie américaine ou de l'Europe orientale, la pellagre fait depuis quelques années une discrète apparition en Europe septentrionale et en France. On la reconnaît mieux aussi parce qu'on la connaît mieux. C'est aux recherches chimiques et biologiques de Goldherger et de son école que l'on doit d'avoir précisé l'avitaminose pellagreuse soupçonnée depuis Funck : avitaminose complexe d'ailleurs où l'on reconnaît la carence essentielle d'un facteur P. P., l'amine nicotinique, abondant dans l'extrait de foie, mais aussi le manque de vitamine B_1 (thiamine), de vitamine B_2 (riboflavine), de vitamine B_3 (pyridoxine).

Mais de même que la cause est complexe, de même les manifestations cliniques sont diverses n'associant pas toujours l'érythème de photosensibilisation, les troubles nerveux et les troubles digestifs qui constituent ce syndrome complet de pellagre.

Comme y insiste justement Justin-Besançon, les troubles digestifs particulièrement importants sont souvent les premiers, parfois les seuls symptômes de l'avitaminose nicotinique : à la bouche, on note une glossite spéciale d'un rouge brique ou rouge feu. La langue est tuméfiée, sèche, rouge sur sa pointe et ses bords, saburrale à sa partie médiane, parfois même fissurée et douloureuse — les dents y marquent leur empreinte. Souvent se développent des aphtes nombreux, douloureux, traînants, récidivants, plus irréguliers et grisâtres que l'aphte ordinaire qui est de couleur beurre frais. A la commissure des lèvres, on note de la perlèche, aux dents de la pyorrhée.

L'œsophage présente les mêmes signes d'inflammation, de même l'estomac, qui, observé au gastroscope, est le siège d'œdème énorme, ou atrophié, d'une teinte rouge feu analogue à la bouche. L'anachlorhydrie est ici plus fréquente que dans toute autre avitaminose, parfois même participe à l'achylie totale, histamino-résistante.

Il n'est pas étonnant de retrouver le même aspect à la muqueuse anale et rectale et d'enregistrer de la diarrhée par inflammation colique.

Répétons que les manifestations digestives de l'avitaminose nicotinique sont souvent dissociées en une stomatite aphteuse, une entérite, une rectite. Mais toujours ces manifestations chroniques d'évolution saisonnière, disparaissent d'une manière rapide, « spectaculaire », par la vitamine P. P., et par elle seule.

La Sprue. — La sprue est à mettre à côté de la pellagre, ayant avec elle de nombreuses analogies. Elle comprend non seulement la sprue tropicale, la diarrhée de Cochinchine, mais aussi la sprue de nos contrées que l'on admet, depuis Hess Thaysen, être identique à la sprue tropicale et aussi la maladie cœliaque ou infantilisme intestinal de Gee-Herter. Pour toutes trois, on parle aujourd'hui de stéatorrhée idiopathique.

Le signe dominant de l'affection est en effet une diarrhée imposante, abondante, jusqu'à près de 1.000 grammes par jour ; les selles fétides non moulées, étalées en bouse ont un aspect grisâtre, mousseux, graisseux ; chimiquement acides, riches en lipides normalement dédoublés où pullulent des micro-organismes. Cette diarrhée n'est pas douloureuse. Elle s'accompagne d'achylie et d'une stomatite extrêmement douloureuse, spontanément ou au contact alimentaire : la langue présente souvent les caractères de la glossite de Hunter, rouge, dépapillée, vernissée, ou mieux encore présente des

(1) Leçon faite à la Clinique thérapeutique (Prof. Loeper), le 10 janvier 1942.

aphtes qui s'étendent au voile, au pharynx. Une anémie marquée complète le tableau clinique, parfois la tétanie.

Cette curieuse affection paraît liée à une absorption défectueuse des corps gras de l'alimentation, accessoirement et d'une façon contingente à des troubles de la digestion des glucides et des protides.

Bien des avitaminoses ont été invoquées à l'origine de la stéatorrhée, et, en effet, on a eu parfois des résultats avec les vitamines A, B_2, C, D, K, mais surtout par l'amine nicotinique et l'extrait de foie. On ne précise pas d'ailleurs l'action de ces vitamines, rien ne prouve que la carence vitaminique soit la cause de la stéatorrhée. Plus simplement, il paraît qu'elle résulte, comme la stéarrhée, d'un trouble d'absorption intestinale relevant d'une cause encore obscure.

Cependant, la sprue mérite d'être étudiée dans ce groupe des dyspepsies par carence, et d'être rangée à côté de la pellagre avec laquelle elle présente bien des points communs : stomatite, glossite aphteuse, anémie, achylie, diarrhée, pigmentation, curabilité par l'amine nicotinique.

Et, puisque nous évoquons cette parenté de deux maladies, nous ne pouvons passer sous silence l'analogie que toutes deux présentent avec une troisième : la maladie de Biermer. Si l'anémie pernicieuse garde son autonomie par l'anémie très spéciale qui la caractérise : mégaloblastique, elle a par contre en commun avec la sprue et la pellagre : la stomatite, l'achylie, les troubles intestinaux, souvent la diarrhée ; elle est souvent pigmentée. Elle guérit spécifiquement par l'extrait de foie qui, nous le savons, est riche en amine nicotinique et qui agit dans la sprue et même dans la pellagre. Elle résulte, suivant Castle, de la carence d'un principe anti-pernicieux fait de l'inter-réaction de deux facteurs, dont le facteur extrinsèque serait analogue à la vitamine B. Elle se range ainsi très près des avitaminoses.

Si le scorbut, la pellagre, la sprue comportent une symptomatologie digestive dominant leur tableau clinique, ce ne sont pas les seuls troubles digestifs des grandes avitaminoses.

Dans le **béribéri**, avitaminose B_1, l'anorexie rebelle, persistante, la constipation sont de règle.

Dans **l'avitaminose A**, la muqueuse buccale comme toutes les muqueuses est sèche et opaque, l'œsophage s'hyperkératinise, la secrétion gastrique est troublée, ce qui explique l'anorexie et la dyspepsie de ces malades, la diarrhée fréquente.

Dans le **rachitisme**, avitaminose D, en dehors des défauts de développement et des dystrophies dentaires, on note souvent un affaiblissement du tonus intestinal et une dyspepsie analogue à celle des farineux.

Dans tous ces cas cependant, l'importance de l'appareil digestif est moindre, et n'a rien de bien spécial, pour nous épargner une description plus étendue.

II. Le rôle des vitamines discuté au cours de diverses affections digestives. — C'est parce que les avitaminoses maladies sont riches de signes digestifs, qu'il est venu tout naturellement à l'esprit d'incriminer les vitamines dans nombre d'affections digestives qui, *a priori*, ne se classent pas dans les carences.

Se basant sur le pouvoir épithélialisant de la vitamine A, on traite parfois avec succès les recto-colites ulcéreuses en applications locales (Rachet et Busson).

On a cherché à guérir l'ulcère gastro-duodénal par presque toutes les vitamines : A, B, C, D, principalement A et C. Leur action inconstante au cours du traitement ne démontre rien, sinon la tendance plus rapide qu'a l'ulcère à se cicatriser.

De la même manière, un certain nombre de gastrites ont été rattachées à l'avitaminose A : certaines colites ou troubles du transit intestinal à l'avitaminose A, B, C, D, P. P. ; la constipation commune à la carence B_1 ; certaines stomatites, les aphtes simples à l'avitaminose P. P. ; les anorexies inexpliquées sont traitées par les vitamines. La vitamine K, l'acide ascorbique ont été discutés à l'origine d'hémorragies gastro-intestinales.

Sans plus nous attarder, soulignons l'abus que l'on fait sans discernement de cette notion d'avitaminose qui, le plus souvent, ne fait pas sa preuve humaine ou expérimentale.

Et d'ailleurs, à considérer de près les choses, les troubles digestifs qui relèvent de carence sont très souvent voisins, analogues, quelles que soient les vitamines déficientes. C'est dire qu'il est difficile de reconnaître par la seule clinique la nature carentielle des troubles digestifs ; plus difficile encore de reconnaître la vitamine ou le groupe de vitamines responsables ; d'affirmer leur exclusivité causale ; de faire la part qui leur revient et celle d'autres facteurs, ordinairement accessoires.

Pour arriver à plus de précision, y a-t-il en dehors d'une enquête étiologique sur le régime alimentaire, un moyen de contrôle scientifique rigoureux ? Nous ne le croyons pas. Sans doute peut-on doser l'acide ascorbique des urines, du sang, préciser l'épuisement organique de vitamine C par l'épreuve dite de charge (Harris et Ray). On peut aussi doser la nicotinamidémie par la méthode biologique de Lwoff (bacille proteus), rechercher la porphynurie qui aide au diagnostic de carence nicotinique. On dose aussi la prothrombine dans le sang, mais celle-ci est peu importante en pathologie digestive. En dehors de cela, la recherche et le dosage des vitamines dans l'organisme humain ne sont que déceptions.

Aussi bien, le seul critère précis qu'il nous reste est l'épreuve thérapeutique. Encore sait-on combien elle est critiquable et sujette à erreurs en matière de troubles digestifs, en matière de vitaminothérapie.

Nous ne pouvons donner ici que les grandes lignes directrices de cette thérapeutique vitaminée pour les troubles digestifs de carence. A savoir :

— Qu'il faut autant que possible recourir aux vitamines sous leurs formes utilisables et non les provitamines qui risquent de ne pas être métabolisées et convenablement utilisées.

— Qu'il est préférable d'employer la voie parentérale à la voie orale, quand il y a trouble d'absorption.

— Que certaines vitamines étant antagonistes (par exemple A et C) il vaut mieux les administrer séparément quand on juge nécessaire de faire une thérapeutique polyvalente.

— Que les doses doivent être fortes pour obtenir des effets curateurs décisifs, étant données les pertes importantes d'inutilisation et la nécessité de reconstituer les réserves vitaminées de stockage.

— Que la vitaminothérapie pour être efficace doit faire partie d'un traitement plus général correctif du déséquilibre alimentaire et du trouble digestif, responsables d'inabsorption.

— Que les vitamines, ici comme ailleurs, ont des résultats d'autant plus rapides qu'elles sont administrées plus précocément, car, à la phase d'obéissance thérapeutique remarquable et spécifique, succède une période irréversible d'inactivité thérapeutique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1942

Indépendance nosographique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse et de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. — Des auteurs americains ont étudie une famille de race nègres dont dix membres appartenant à quatre générations présentaient un syndrome clinique d'atrophie cérébelleuse ; trois autopsies ont revélé des lésions indiscutables d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. S'appuyant sur ces faits, G.-B. Hassin (de Chicago) a soutenu que l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie et l'atrophie olivo-ponto cérébelleuse de Dejerine et Thomas ne sont qu'une seule et même maladie.

MM. G. Guillain, I. Bertrand et ***Mme Godet-Guillain*** ayant eu la possibilité d'examiner les préparations anatomiques de trois membres de la famille qui a servi de prototype à la maladie de Pierre-Marie, et d'examiner aussi des cas anatomiques indiscutables d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse montrent que non seulement les localisations, mais aussi la nature même des processus anatomiques sont distincts dans

les deux cas. Au point de vue de la pathologie générale, l'hérédo-ataxie cerebelleuse a des rapports avec la maladie de Friedreich et la praplégie spasmodique familiale. L'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse est une autre maladie se développant tardivement dans la vie. Les concepts de la neurologie classique sur l'indépendance nosographique de l'hérédo-ataxie cerebelleuse et l'atrophie olivo ponto-cérébelleuse doivent être maintenus.

De la nécessité de modifier la technique de l'allaitement artificiel et des régimes lactés en raison des règlements récemment mis en vigueur concernant le taux butyreux du lait. — *M. Lesné.*

L'intoxication oxycarbonée des gazogènes. — *MM. Loeper* et *A. Gautier.*

Enquête sur l'état actuel des enfants. — *MM. J. Huber, Collesson* et *Roueche* présentent le premier rapport du Comité national de l'enfance sur l'état actuel des enfants, à la suite d'une enquête menée dans toute la France occupée. Il en résulte que la grande enfance et surtout l'adolescence subissent, du fait des restrictions actuelles, un amaigrissement notable, des troubles généraux rendant le travail physique et intellectuel plus difficile.

S'il n'a pas été constaté un grand nombre de maladies par carence, du moins un syndrome neuro-œdémateux a-t-il été décrit et les recherches biologiques établissent des troubles marqués de l'équilibre organique.

Enfin la gravité des formes aiguës de tuberculose et leur fréquence sont soulignées aux divers âges, les primo-infections tendent à se montrer plus nombreuses.

Les facteurs à incriminer sont non seulement le déficit énergétique de la ration alimentaire, mais son déséquilibre, surtout en protides animales et lipides, qui s'ajoutent aux carences.

Sur le contrôle médical des accidents du travail. — *M Balthazard* lit un rapport où il propose les conclusions suivantes :

« L'Académie de médecine estime que le Conseil de l'Ordre de la Seine a méconnu la loi sur les accidents du travail lorsqu'il a décidé que les médecins contrôleurs doivent être agréés par lui et qu'il a réclamé aux Compagnies d'assurance contre les accidents du travail la liste complète des médecins chargés actuellement du contrôle des accidents du travail (médecins chefs compris) et des médecins candidats à ces fonctions.

« Le Conseil de l'Ordre de la Seine n'a aucune qualité pour exiger des médecins contrôleurs en fonction et des médecins postulants pour cet emploi des fiches de candidature. De plus, il outrepasse ses pouvoirs en interdisant aux médecins contrôleurs de soigner des ouvriers victimes d'accidents du travail dans leur clientèle, alors que la loi les empêche seulement de contrôler les blessés qu'ils ont soignés. »

M. Victor Veau fait remarquer que dans cette question des médecins de contrôle, le législateur a voulu empêcher les médecins marrons de s'associer à des administrateurs sans conscience pour exploiter à leur profit le patrimoine de la communauté. Et il fallait bien charger de ce soin le Conseil départemental de l'Ordre et non le juge de paix ou le tribunal.

V. Veau rend hommage à M. Balthazard qui fut le « *grand* animateur des anciens syndicats ». Mais il estime que ses attaques trouveraient mieux leur place dans une chambre professionnelle. « L'Académie, conclut-il, est une société savante. Sa tribune doit rester éloignee des luttes du forum. Elle gardera toute son autorité en se consacrant exclusivement aux discussions scientifiques ».

Sur la demande de M. Joly, la discussion de ces conclusions aura lieu dans la séance qui suivra leur publication dans le *Bulletin.*

Séance du 10 février 1942

Pourquoi la France manque-t elle de plantes médicinales ? Peut-on remédier à cette situation ? — *M. Perrot.* — Les pouvoirs publics furent jusqu'ici incompréhensifs. Espérons qu'il en sera autrement désormais, car aucun obstacle insurmontable ne s'oppose à ce que la France puisse tirer du sol de son Empire la plus grande partie des drogues végétales destinées à la thérapeutique.

La tuberculose médiastine du Noir. — *M. A. Pellé,* sur 700 malades reformes, a constate l'adenopathie mediastine 550 fois (78 p. 100 des cas).

Un examen radioscopique pratiqué chez 500 prisonniers d'un camp a dépisté 93 manifestations tuberculeuses, dont 37 adénopathies médiastinales.

L'adenopathie médiastine prend ainsi une part prépondérante dans la tuberculose du Noir.

Les signes cliniques en sont pauvres. L'examen radiologiques seul apporte les précisions indispensables au diagnostic.

Vaccination antirabique des troupeaux après contamination. — *MM. P. Remlinger* et *J. Bailly.*

Le secret professionnel. Doctrine de l'Académie de médecine. — *M Balthazard.* — La doctrine de l'Académie de medecine au sujet du secret médical n'a pas varié et les Syndicats médicaux, tant qu'ils ont existé, ont suivi ses inspirations, c'est-à-dire ont respecté le secret professionnel n'acceptant que les dérogations ordonnées par la loi. Tandis que l'ordre a accepté de favoriser la déclaration des causes des décès, abandonnant même complètement la doctrine du secret médical, dont il a obtenu la violation à son profit par tous les médecins, sans désignation de motifs.

Action du magnésium sur le pigment et le calcium. — *M. Delbet,* en utilisant une pommade à base de chlorure, bromure, iodure, fluorure de magnésium a noté une recoloration des poils de la barbe sur lui-même et sur deux sujets de son entourage. Mais il n'a pu trouver d'autres volontaires pour faire l'expérience. « Les personnes, dit-il, qui avouent leur canitie en la laissant paraître, y tiennent. Les autres se rasent ou se teignent ».

Le magnésium atténue aussi les taches dites de foie, et favorise la fixation du calcium.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1942

Récidives tardives du cancer du sein. — *M. Desmarest* pose la question de l'exérèse des ganglions axillaires dans la cure du cancer du sein. Il n'est pas toujours exact de dire qu'on a les résultats qu'on mérite : certaines ablations, très soigneusement poussees, n'ont pas donné des survies intéressantes.

Emploi des sulfamides dans la chirurgie septique. — *MM. Joly* et *Monsaingeon* apportent sept cas où l'emploi des sulfamides a donné des résultats démonstratifs. (Rapport de M. Roux-Berger).

Traitement des fractures de la diaphyse fémorale. — *M. Rouhier* communique un travail de M. Vuillième qui a traité ces fractures par une ostéosynthèse sous traction continue à la broche de Kirschner. Il s'agit donc d'une ostéosynthèse *a minima.* On évite ainsi des inconvénients majeurs du plâtre. Cinq observations appuient ces conclusions. Le procédé de Vuillième permet une mobilisation précoce et une très rapide reprise du travail.

M. Jean Gosset a fait faire la thèse de Lataix sur ce sujet : association de l'extension continue et de l'ostéosynthèse. Il insiste sur les mauvais resultats du plâtre qui contient mal les fragments et enraidit le genou. L'emploi de l'attelle de Thomas modifiée est supérieur à celui de l'appareil de Braun : possibilité de mobilisation précoce du genou mis alternativement en flexion et en extension, confort du malade beaucoup plus grand, immobilisation du foyer de fracture bien superieur car l'appareil est solidaire du malade, donc moindres chances de deplacement au niveau du genou.

L'emploi de l'extension alternée transfémorale et transtibiale assure une excellente sauvegarde du fonctionnement du genou.

M. Lambret est opposé à l'usage de l'ostéosynthèse dans les fractures du fémur, surtout associée à l'extension par broche : danger de trop tirer sur les fragments en particulier.

M. Brocq pense que la méthode d'extension continue associée à l'ostéosynthése est un mode thérapeutique qu'on peut généraliser à tous les os longs avec d'avantageux résultats. C'est un procédé bien connu et largement employé.

M. Merle d'Aubigné s'associe aux reproches faits à la méthode et portant sur le danger d'une trop grande traction. Depuis longtemps l'auteur utilise la réduction sanglante sans extension continue sans ostéosynthèse. Dès que la réduction est faite, l'extension peut être très diminuée, la pression des deux fragments l'un sur l'autre étant l'un des meilleurs facteurs de consolidation.

M. Mathieu, pour les fractures de la partie moyenne du fémur ne semblant pas devoir consolider orthopédiquement, use de la réduction sanglante puis fixe les fragments par une

suture serrée aux fils métalliques ; en somme il fait une sorte d'ostéosynthèse discrète, *a minima*.

M. Soupault rappelle qu'une communication du même genre a déjà suscité une discussion de l'Académie.

Tumeurs villeuses du colon. — *MM. de Gaudart d'Allaines* et *Mazingarbe* apportent deux exemples exceptionnels de cette affection. Dans la littérature trois cas seulement ont pu être retrouvés. Suit l'exposé de ces observations. Le premier cas constituait un bel exemple de tumeur villeuse : syndrome de tumeur bénigne sans qu'on puisse en faire le diagnostic exact par une série de clichés et même pièce en mains. La complication infectieuse revélatrice était un phlegmon périnéphrétique.

La fréquence de ces tumeurs est d'autant plus grande que l'on est plus près du rectum. Latence longue interrompue par une hémorragie brusque de sang rouge, signe de toutes les tumeurs bénignes du gros intestin. Fréquence de l'infection péritumorale. Fréquence de l'invagination. Enfin ces tumeurs villeuses récidivent localement et sont toujours le stade prémonitoire d'un cancer, d'où la nécessité de les enlever largement.

Leur diagnostic repose sur l'obtention d'une radio après insufflation et en couche mince.

M. J. Patel a observé chez un malade qui avait tous les signes d'un cancer du cæcum, l'existence d'une tumeur villeuse dégénérée du cæcum. Ce malade avait subi, sept ans avant, l'exérèse d'une tumeur identique du rectum.

M. Moulonguet a vu un cas signalé par une hémorragie et l'expulsion anale d'un fragment charnu de la tumeur villeuse. Celle-ci était histologiquement dégénérée. La limite entre tumeur villeuse et cancer est extrêmement difficile à affirmer. Le critère histologique, cependant seul valable, est bien difficile à préciser et n'a sans doute pas grande valeur : on doit considérer la tumeur villeuse comme un des stades du cancer.

M. Métivet avait enlevé il y a seize ans une tumeur de ce genre, qui recemment récidiva en cancer sigmoïdien.

M. d'Allaines se demande si les tumeurs villeuses dégénérées ne constituent pas un mode de cancer moins grave que le néoplasme habituel.

Kystes du médiastin. — *M. Jean* combat l'hypothèse de l'enclave ectodermique dans l'étiologie des kystes dermoïdes médiastinaux.

Election d'un membre titulaire de l'Académie. — *M. Serge Huard*, secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille est nommé membre titulaire de l'Académie.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 février 1942

L'épreuve de concentration urinaire en présence de pituitrine chez le diabétique insipide. — *M. Kourilsky, Mlle Corre* et *M. Hervey* ont observé un abaissement à peine marqué de la concentration urinaire du chlorure de sodium dans le diabète insipide.

D'autre part l'étude de la concentration uréique montre qu'elle est anormalement elevée avec le régime hypoazoté et déchloruré, alors qu'elle est plus basse avec un régime hyperazoté mais salé. Cette anomalie tient à l'action de la chloruration qui augmente la fréquence et l'importance des mictions ; elle persiste dans le diabète insipide, malgré l'extrait hypophysaire.

Traitement du kala-azar par un produit non stibié : Diamidinodiphénoxy pentane. — *MM. Giraud, Bernard* et *Revol* (de Marseille) montrent que la thérapeutique stibiée, très efficace pour la cure de la leishmaniose interne, déterminait des cas d'intolérance.

Le diamidinodiphénoxy-pentane s'est montré aussi efficace et mieux toléré que l'antimoine, chez tous les malades. On l'injecte par voie musculaire, à la dose de 1 à 2 milligr. par kilog. et on fait ainsi 15 à 20 piqûres.

Les auteurs rapportent un cas chez un enfant de 4 ans, guéri avec des doses fortes et prolongées sans aucun incident.

L'aspect radiologique des ostéo-arthropathies hémophiliques. — *M. Maurice Lamy* rapportant deux cas observés chez des jumeaux dizygotes décrit l'aspect radiographique des lésions articulaires et osseuses qui surviennent chez les hémophiles.

Les lésions des genoux, des coudes et des épaules sont de beaucoup les plus nettes. Elles sont de quatre types. Les premières sont constituées par des érosions des surfaces articulaires associées ou non à des productions ostéophytiques. Le second type consiste en une déformation des épiphyses par ostéomalacie, un élargissement transversal par tassement. Le troisième type est constitué par des épaississements periostés qui se présentent parfois sous l'aspect de véritables lamelles remontant au devant des diaphyses. Quant à la quatrième variété elle est représentée par des zones de raréfaction osseuse qui occupent les épiphyses formant de véritables géodes.

L'existence de ces images radiographiques montre bien que les accidents dits articulaires des hémophiles ne se réduisent pas à un épanchement sanguin dans la capsule. Il s'agit d'un processus beaucoup plus diffus dans lequel l'hémorragie de l'os joue un rôle essentiel.

De quelques cas de variole. — *M. Flandin* a observé récemment trois cas de variole ayant débuté par un malaise brusque avec courbature, rachialgie, céphalée, prostration et élévation de température à 40°. Puis la fièvre diminue, et il apparaît une éruption, confluente surtout au niveau des membres, caractérisée par des vésicules dermiques nettement infiltrees, qui évoluent vers la suppuration.

Ces cas ne sont pas isolés, puisqu'on a pu en observer 19 cas à St-Louis.

M. Flandin insiste sur la nécessité de vacciner le personnel de l'Assistance publique et même tous les malades venant aux diverses consultations.

M. Militte rappelle que pendant la guerre de 1914, la variole avait débuté très tôt, avec l'arrivée des réfugiés belges. Il insiste également sur la nécessité de la vaccination.

M. Lereboullet met en garde contre les vaccinations multiples et trop fortes.

M. Mollaret souligne l'existence de varioles atypiques et atténuées, chez des sujets vaccinés, où le diagnostic devient difficile et qui sont une source de contamination.

M. Paisseau insiste sur la variole hémorragique et affirme que tout purpura aigu doit être examiné de près au point de vue de ses rapports avec la variole.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 7 février 1942

Après lecture du rapport financier de l'année 1941 par le trésorier, le *Docteur Bailliart* parle de *l'Affection oculaire de Mirabeau*. S'appuyant sur un texte de Demours qui relate qu'en 1779, au donjon de Vincennes, Mirabeau se plaignait de voir voltiger des points noirs et même de ne plus voir du tout pendant quelques instants, et sur le renouvellement de ces incidents en 1789, il conclut que le célèbre tribun présentait une névrose oculaire d'origine corticale et non rétinienne (parce que bi-oculaire). Il rapproche son cas de celui de Pascal qui semble comme lui avoir été un sympathicotonique hypotendu.

Le Professeur Laignel-Lavastine donne à cette occasion lecture du Journal de Cabanis sur la maladie et la mort de Mirabeau où se trouvent décrits les symptômes d'une *péricardite purulente*, dont l'autopsie révéla l'existence.

Le Docteur Molinéry, poursuivant son voyage sur les Vieux chemins des Fontaines de Jouvence, présente une note sur *Les cures thermales et climatiques de Frédéric Ozanam*. L'auteur, après avoir évoqué le souvenir de cette curieuse époque, aujourd'hui centenaire, où Montalembert, Lacordaire, Lamennais, Ozanam, etc., pouvaient se rencontrer au Quartier latin, rappelle la vie du professeur en Sorbonne et foudateur des conférences de Saint-Vincent-de-Paul. De famille médicale, mais d'hérédité pré tuberculeuse, sa sœur était morte de méningite. Ozanam fut atteint d'une laryngite bacillaire pour laquelle ses médecins l'envoyèrent aux eaux pendant une dizaine d'années. C'est ainsi que jusqu'à sa mort, survenue à Marseille en 1853, il dut faire des cures à Allevard et aux Eaux-Bonnes et des séjours en Italie et en Bretagne. C'est une occasion pour l'auteur de rappeler la description d'Allevard par Alphonse Daudet, dans Numa Roumestan, et de signaler les raisons qui ont fait modifier les indications de ces villes d'eaux depuis cette époque.

La prochaine séance aura lieu le samedi 18 avril.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

La vaccination antityphoïdique chez les enfants

La vaccination antityphoïdique chez l'enfant, est à l'ordre du jour. Une discussion s'est engagée sur cette question à la Société de Pédiatrie en 1940 et 1941.

On avait admis pendant longtemps que la fièvre typhoïde était exceptionnelle chez le nourrissonet rare dans la deuxième enfance, mais cette notion est controuvée par les constatations actuelles et l'on tend de plus en plus à conseiller la vaccination dès la troisième année, s'il n'existe pas de contre-indication.

Toutefois, il ne semble pas qu'elle doive, actuellement encore, être rendue obligatoire, ni pratiquée de façon collective, sans un examen approfondi de tous les enfants.

Le médecin de famille semble le plus indiqué pour en apprécier les contre-indications.

Des essais de vaccination collective ont cependant pu être réalisés dans certaines écoles avec d'heureux résultats. Il faut pour les obtenir, éliminer systématiquement une catégorie de sujets. On écartera ceux qui présentent une atteinte grave des fonctions rénales (albuminurie atteignant un gramme, azotémie de plus de 0 gr. 50 p. 1.000, poussée récente de néphrite), les tuberculeux évolutifs, les convalescents de maladies infectieuses et, par mesure de précaution : les eczémateux, les asthmatiques, les sujets présentant une pyodermite, et les albuminuriques quels qu'ils soient.

Avant la vaccination antitypho-paratyphoïdique A et B, il faudra également pratiquer une cuti-réaction à la tuberculine et éliminer les sujets dont la cuti-réaction a opéré son « virage » de façon trop récente. Dans ce dernier cas, on aura tout au moins la précaution de faire un examen radiologique du thorax pour éliminer les sujets présentant une image suspecte.

Ces réserves formulées, c'est au médecin de famille de conseiller une vaccination que les parents réclament très rarement aussi bien en ville, que dans nos consultations hospitalières.

Deux cas peuvent se présenter :

Ou bien, l'enfant a déjà reçu la vaccination mixte antidiphtérique et antitétanique, y compris l'injection de rappel avec les deux anatoxines — tel que le prescrit la loi du 24 novembre 1940 — ou bien, il n'a encore reçu aucune anatoxine.

Dans le premier cas, on aura recours à la seule vaccination triple antityphoïdique et antiparatyphoïdique A et B.

A quel âge peut-on la conseiller, quel vaccin utiliser et quelle progression convient-il d'adopter dans les injections successives ?

La plupart des pédiatres s'accordent pour ne conseiller la vaccination triple qu'à partir de 2 ans et en tous cas, pas avant l'âge de 18 mois, car le jeune enfant est un mauvais producteur d'anticorps ; il répond mal à l'excitation antigénique. Aussi, certains d'entre nous ne sont-ils pas d'avis de vacciner contre la fièvre typhoïde, avant l'âge de 5 ans, en dehors des épidémies.

Immunisé entre 2 et 5 ans, le sujet n'aurait à subir de revaccination qu'à 10 et 20 ans, quitte à renforcer l'immunité par une injection de rappel en cas d'épidémie.

Quel vaccin faut-il utiliser ?

La vaccination par voie buccale, avec un vaccin bilié ou non, donne une sécurité beaucoup trop relative. Le vaccin T. A. B. chauffé, en solution huileuse, est moins fidèle et provoque des réactions tout aussi fortes qu e les autres vaccins ; il a, en outre, l'inconvénient des injections de solution huileuse.

Il faut conseiller le vaccin triple T. A. B. de l'Institut Pasteur, chauffé.

Pour obtenir chez l'enfant, une bonne vaccination sans chocs, sans réactions violentes et cependant efficace, il faut faire des injections multiples, au moins quatre, et on a tout intérêt à en augmenter encore le nombre.

L'intervalle entre deux injections doit être au minimum de 15 jours à 3 semaines et il n'y a aucun inconvénient à allonger encore ce délai.

Voici les doses que nous avons adoptées et qui se rapprochent, beaucoup de celles qui ont été proposées à la Société de Pédiatrie ; les réactions observées sont, en général, minimes.

Aucun incident sérieux n'a été observé au cours des vaccinations pratiquées dans ces conditions :

De 18 mois à 3 ans : injecter 1 c. c. en tout : 3/10e, puis 3/10e, puis 4/10e de c. c. à 21 jours de distance.

De 3 à 5 ans : injecter 1 c. c. et demi en quatre fois, les réactions étant parfois un peu plus vives qu'avant trois ans. Toujours à 21 jours d'intervalle, on injectera 3/10e, puis 3/10e, 4/10e et enfin 5/10e de c. c.

De 5 à 7 ans : dose totale de 2 c. c. répartie en 4 injections de 4/10e, 4/10e, 6/10e et 6/10e de c. c. espacées de 21 jours.

De 7 à 12 ans, on injectera 2 c. c. et demi en 4 fois : 5/10e, 5/10e, 7/10e, 8/10e de c. c. toutes les trois semaines également.

Enfin, de 12 à 15 ans, la dose totale sera de 3 c. c. répartie en 4 injections au moins, espacées de 21 jours encore, en utilisant successivement 5/10e, 5/10e de c. c., puis 1 c. c. et encore 1 c. c.

Suivant l'excellente méthode adoptée par Coffin, on ne saurait trop recommander de diluer chaque dose de vaccin, (après avoir agité l'ampoule pour obtenir un mélange bien homogène) avec une quantité égale de sérum physiologique. Les réactions observées seront réduites au minimum.

Prenons maintenant le cas d'un enfant n'ayant jamais reçu aucun vaccin préventif.

On conseillera alors la vaccination triple T. A. B., associée aux anatoxines, antidiphtérique et antitétanique.

Les réactions observées sont alors moins intenses qu'avec le vaccin T. A. B. seul.

M. Ramon estime que ces associations augmentent l'efficacité de chacun des vaccins et diminuent les réactions, propres au vaccin antityphoïdique.

Nous pensons avec Coffin, que cette atténuation des réactions, est surtout due à leur dilution mutuelle.

On peut conseiller avec l'Institut Pasteur, pour les sujets de plus de 12 ans, les trois injections successives de 1 c. c., 2 c. c., et 2 c. c. de vaccin mixte (antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphoïdique A et B) séparées par des intervalles de 21 jours. Il est cependant préférable de répartir cette même quantité totale en quatre doses.

Pour les enfants au-dessous de 12 ans, nous n'utilisons pas les ampoules préparées de ces vaccins associés. Après avoir déterminé la dose qui paraît convenable de T. A. B., compte tenu de l'âge (voir les tableaux précédents), nous la diluons dans une partie égale de sérum physiologique, avant de l'associer aux anatoxines (ana. D et ana. T.), dont nous injectons en quatre piqûres sous-cutanées, espacées de 21 jours, les six centimètres cubes prescrits par l'Institut Pasteur.

Dans ces conditions, et avec les réserves que nous avons rappelées, le médecin de famille peut vacciner les enfants dont il a la charge. Nous répéterons cependant, qu'il paraît prématuré de rendre la vaccination par le T. A. B. obligatoire.

Contrairement aux vaccinations par les anatoxines (Ana. D et Ana. T.), elle ne doit pas être pratiquée d'une façon collective sans un examen approfondi de tous les enfants.

G.-L. Hallez.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Les résultats de la néphrectomie pour tuberculose

M. René-Henri Martin (*Revue Médicale Française*, janvier 1942) envisage les différents résultats obtenus par la néphrectomie dans la tuberculose rénale. S'il est vrai que l'on obtient la guérison complète et définitive dans 80 % des cas cette proportion s'abaisse chez les sujets qui ne peuvent bénéficier après l'intervention des soins et du repos indispensables.

Les résultats éloignés sont moins bons chez l'enfant, chez le vieillard, chez les sujets qui ont présenté ou présentent d'autres manifestations tuberculeuses et peut-être chez les sujets dont l'atteinte rénale est à l'extrême début de son évolution.

Mais ces différents facteurs ne sont pas seuls en cause. En effet l'intervention supprime le foyer tuberculeux principal, mais laisse l'uretère et la vessie qui est toujours tuberculisée.

Aussi à côté des malades chez lesquels les troubles vésicaux s'atténuent très vite et qui peuvent reprendre leur vie normale, il en est d'autre pour qui la guérison est longue : soit par infection de la plaie lombaire avec formation d'abcès péri-urétéraux, soit parce que les troubles vésicaux persistent : cystite, présence de bacilles de Koch dont il est parfois difficile de préciser l'origine rénale ou vésicale. Que faire à ces malades que la thérapeutique médicale n'est pas capable de soulager ? On a proposé l'urétérostomie cutanée, réalisant l'exclusion totale de la vessie et qui a donné de bons résultats. Elle est indiquée surtout lorsque la cystographie aura démontré l'existence d'un reflux de l'urine dans l'uretère du rein qui reste.

Enfin il est des malades qui ne guérissent pas : ce sont les sujets chez lesquels survient une généralisation tuberculeuse ou bien dont la plaie lombaire ne se cicatrise pas, ceux enfin qui meurent d'urémie par tuberculisation du second rein. Chez ceux-là, l'opération n'aura pu que retarder l'échéance fatale.

Faut-il étendre les indications du pneumothorax aux formes apparemment bénignes de la tuberculose pulmonaire ?

H. Douady et S. Trocmé (*Presse Médicale*, 28-31 janvier 1942) ont étudié l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez des malades du sanatorium des étudiants dont les lésions avaient été jugées assez atténuées pour que l'on s'abstienne de créer un pneumothorax. Une statistique, faite dans d'excellentes conditions, puisque tous les malades ont pu être suivis après leur sortie du sanatorium, a montré que les chances de guérison par cure simple, de ces tuberculoses apparemment bénignes sont moindres que celles des sujets chez qui l'on réalise un collapsus.

Il y a donc lieu d'élargir les indications du pneumothorax, limitées à l'origine par Forlanini lui-même aux cas où « la vie est menacée par l'extension d'une lésion locale », et de pratiquer la collapsothérapie sur des lésions considérées comme bénignes. Quelles sont-elles ? D'abord les tuberculoses latentes ne sont pas forcément des tuberculoses bénignes et des formes à expression purement radiologique doivent être traitées comme celles qui s'accompagnent de signes évolutifs.

Il est des facteurs de bénignité dont on a l'habitude de tenir compte : c'est d'abord l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, mais l'expérience a montré que l'abstention dans ces cas a été souvent nuisible. Aussi faut-il ne tenir compte de l'absence de bacilles que dans les cas où l'image radiologique fait hésiter sur le diagnostic de tuberculose.

L'image radiologique atténuée est certes la cause la plus importante d'abstention. Mais la statistique de Saint-Hilaire-du-Touvet a montré plusieurs cas d'aggravation par la cure simple, qui suffisent pour envisager la collapsothérapie.

Enfin restent les malades dont les radiographies successives avaient montré une tendance marquée au nettoyage radiologique. Ici encore les dangers de l'abstention quoique limités, restent notables.

Il y a encore un argument en faveur du pneumothorax plus fréquent. Ce sont les leçons du printemps 1940 : les lésions protégées par un pneumothorax se sont très rarement réveillées, alors que les lésions laissées sans collapsus ont flambé à l'occasion des fatigues multiples. Et dans les circonstances actuelles, le devoir du médecin n'est pas seulement de prescrire au malade de se tenir à l'abri, mais de l'armer de son mieux.

M. Sergent reprenant la question, (*Presse Médicale* 4-7 février 1942) met en relief les inconvénients de la systématisation absolue du pneumothorax thérapeutique dans les formes dites bénignes de la tuberculose pulmonaire.

M. Sergent estime qu'il ne faut pas se hâter d'instituer un pneumothorax, qui peut se compliquer d'accidents, en particulier d'épanchement pleural. Il faut suivre le malade pendant quelque temps, sans prolonger à l'excès cette phase d'attente surveillée, et ne recourir au pneumothorax que si des examens successifs, et, particulièrement, des radiographies pratiquées à intervalles de courte durée, montrent avec évidence l'accentuation et l'extension des lésions qui, à leur début, paraissaient bénignes.

Les indications du pneumothorax extra-pleural

Le pneumothorax extra-pleural, basé sur des données théoriques excellentes de collapsus équilibré et hypotensif des lésions, est, en fait, pour H. Chenebault, qui en a étudié 115 cas (*Bulletin Médical*, 7 février 1942), une méthode grevée de nombreux inconvénients et bien souvent dangereux. Aussi son emploi est-il de plus en plus limité.

Son indication d'élection est la caverne petite, haute, et surtout centrale, cliniquement récente, sans antécédent pleural important. Ces caractères prennent une particulière valeur chez l'enfant ou l'adolescent où l'on hésite à faire une thoracoplastie.

Les indications de nécessité se présentent lorsque la lésion, malgré une cure sanatoriale stricte, n'offre aucune tendance ni à la guérison spontanée, ni à la stabilisation. Mais le pneumothorax extra-pleural ne pourra être indiqué que si la cavité ne présente ni une grande évolutivité, ni un volume important, ni surtout un siège voisin de la corticalité. Ces trois caractères constituent des contre indications formelles.

Les indications du pneumothorax extra pleural seront donc en fait rarement posées et, avant de prendre la décision opératoire, on devra se rappeler avant tout que l'on crée ainsi un collapsus dont on reste difficilement le maître et que la péripleurite, très fréquente, est surtout à l'origine de complications sérieuses.

Anémie de Biermer et cancer gastrique

MM. Chiray, Debray et Mathé envisagent (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, novembre-décembre 1941) les difficultés du diagnostic de la maladie de Biermer avec le cancer de l'estomac et les erreurs qui conduisent bien souvent à faire des gastrectomies chez des malades qui auraient guéri rapidement par le traitement antianémique.

Au point de vue clinique, ni les notions étiologiques, ni les troubles fonctionnels, ni les signes physiques, mis à part peut-être la rare glossite de Hunter, ne fournissent d'arguments décisifs pour ou contre l'une des deux affections.

Il en est de même du chimisme gastrique, car si l'achlorhydropepsie est fréquente dans la maladie de Biermer, elle existe aussi dans le cancer de l'estomac.

L'image radiologique peut prendre tous les aspects de l'image cancéreuse véritable, cependant il s'agit habituellement de lésions assez discrètes, siégeant dans la région antro-pylorique, et surtout la variabilité d'aspect, l'instabilité des contours constituent l'élément essentiel pour le diagnostic avec le cancer gastrique.

L'examen gastroscopique montre très souvent une gastrite atrophique, avec disparition des plis, et, dans certains cas, des aires d'atrophie plus intense ; il n'y a jamais de tumeur végétante, d'ulcération ni d'infiltration.

L'examen du sang dénote l'existence d'une anémie hyperchrome mégalocytique ; la ponction sternale, qui a une valeur capitale, montre la présence de mégaloblastes caractéristiques par leur aspect et par leur nombre.

Enfin, un dernier caractère de valeur est fourni par l'action remarquable et rapide du traitement spécifique de la maladie de Biermer par le foie de veau.

Mais si le diagnostic entre maladie de Biermer et cancer de l'estomac est souvent difficile, il y a encore autre chose : des tumeurs gastriques, polypes ou cancer peuvent coexister avec l'anémie pernicieuse ; et, d'autre part, le cancer de l'estomac lui-même peut se compliquer d'une anémie de type biermérien.

On devra donc toujours être tres prudent dans l'interprétation des images lacunaires antrales chez les anémiques. Seule la confrontation des différents examens permettra le diagnostic. C'est pourquoi, chez un anémique de Biermer connu et suivi, l'endoscopie et la radiologie gastriques pratiquées de façon périodique ne sont pas inutiles, car elles permettent de découvrir éventuellement des polypes voire même un cancer dont la relative fréquence dans l'anémie pernicieuse doit rester présente à l'esprit.

INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

Professeurs sans chaire. — Sont nommés professeurs sans chaire : MM. Joannon, Abel, Giroud et Poursines.

Hôpitaux — Assistance publique

Laboratoire départemental d'Angers. — Un concours aura lieu, à la Faculté de Paris, le 30 mars 1942, à 10 heures et se terminera le 1er avril.

Pour renseignements et inscription, s'adresser au médecin-inspecteur de la Santé, Préfecture d'Angers, avant le 20 mars 1942.

Dispensaires antituberculeux de la Charente. — Un concours aura lieu à La Rochelle, le 13 mars 1942. Pour tous renseignements complémentaires et notamment pour la constitution du dossier qui doit être fourni avant le 10 mars, s'adresser à la Préfecture de la Charente-Maritime.

Consultations départementales de nourrissons. — La Commission procèdera au choix des candidats le 16 mars 1942.

Article 2. — Le nombre des candidats à admettre est fixé à quinze. Toutefois, cinq places seront réservées pour être ultérieurement attribuées à des candidats actuellement prisonniers de guerre.

S'inscrire, 3, avenue Victoria, avant le 28 février.

Sociétés Savantes

Société médicale des hôpitaux. — M. Grenet a été élu vice-président pour 1942.

Prix Duchenne de Boulogne. — Le prix 1941 (5.000 frs) est décerné à Marc Iselin pour l'ensemble de ses travaux.

Vie professionnelle

Conseil départemental de la Seine. — M. le Professeur Noël Fiessinger, MM. G. Labey et Ravina sont nommés membres du Conseil.

NÉCROLOGIE

Antonin Marfan (1858-1942). — Le Professeur Marfan est mort. Il avait 84 ans. A cet âge, les grands chagrins font plus de dégâts que la maladie. Il aura survécu à peine quelques jours à sa femme qu'il soigna pendant de longs mois avec un dévouement inlassable et une tendre sollicitude.

Marfan fut un de nos plus éminents pédiatres et un de nos plus grands médecins. Et il laisse une œuvre immense, une empreinte profonde et un sillage durable.

Entré dans la médecine infantile par la porte de la tuberculose, il s'imposa par la rigueur et la finesse de ses observations. Il tenait de Lasègue, qui fut son maître et resta son modèle, le goût de la belle clinique, base des conceptions pathogéniques et thérapeutiques, pour dire plus, base de toute la médecine.

Sa thèse sur l'estomac des tuberculeux fit sensation. Elle fut suivie d'études capitales sur la tuberculose immunisante dont se sont inspirés tous les phtisiologues, y compris notre grand Calmette.

Il avait compris toute l'importance primordiale de l'hygiène alimentaire du premier âge et il étudia savamment la composition du lait, sa structure spécifique, chimique, microscopique et biologique qui en fait l'aliment d'une espèce déterminée et ne peut être remplacé par celui d'une autre espèce. Ses conclusions sont ainsi autant sociales que biologiques. Son *Traité de l'allaitement* atteignit quatre éditions, son livre sur *Les affections des voies digestives dans la première enfance* en eut deux. On y trouve fixées des règles, codifiées des formules qui sont aujourd'hui classiques.

Il dégagea de ses études la maladie des vomissements, l'acétonémie, la diarrhée prandiale des enfants au sein, la diarrhée cholériforme et tous les éléments de l'athrepsie. Et il développa dans ses travaux sur le rachitisme clinique, anatomie, étiologie, traitement, une théorie nouvelle que les recherches sur l'action du soleil et des vitamines devaient confirmer et qu'il exposa à nouveau dans une monographie définitive et bien au point à la fin même de sa vie.

Son œuvre scientifique est d'une tenue et d'une unité remarquables, ses communications toujours savantes, précises, directes et ses rapports à l'Académie sur la loi Roussel d'une portée pratique indiscutée. Il rendit ainsi à l'enfance de signalés services.

Méticuleux, scrupuleux même à l'excès, dans sa vie privée comme dans son enseignement, dans les examens comme dans les concours, il fut successivement agrégé, titulaire de la chaire de thérapeutique où il succéda à Gilbert et de la chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance aux Enfants-Assistés, qui fut créée expressément pour lui. Il était membre de l'Académie depuis 1914.

Il avait la voix harmonieuse et nuancée, à peine teintée d'un léger accent, le ton net, le débit clair et aisé, mais la phrase incisive, le geste simple et discret.

Il fut un Maître dans toute l'acception du terme, maître par la solidité de ses connaissances, maître par l'éclat de son enseignement, maître par l'affection qu'il donnait à ses élèves.

Et nous n'oublierons pas la finesse et l'élévation de son esprit, la rigueur de sa conscience et la dignité de sa vie.

Maurice Loeper.

A.-T. Salimbeni était venu de sa Toscane à la maison de la rue Dutot en pleine épopée pastorienne. Il fut associé aux recherches classiques de Roux, de Metchnikoff, de Calmette sur le choléra, la peste, le rouget, la phagocytose, l'immunité. Devenu chef du service des vaccins, il mit au point, avec Widal, en 1915, le T. A. B. Son invraisemblable modestie ne doit pas faire oublier que son labeur fut de très grande classe. L'homme avait une noblesse simple et généreuse Absolu dans ses enthousiasmes, il était, en même temps, plein de courtoisie et d'indulgence. Ce grand seigneur de la Science avait un don inimitable pour encourager, en tout désintéressement, les aspirations sciencifiques des plus jeunes.

Henri Vignes.

LES LIVRES

M. Caullery. — **Organisme et sexualité. Encyclopédie scientifique.** G. Doin et Cie, éd., 1942.

En 1913, M. Caullery publiait *Les problèmes de la sexualité*, qui a été utilisé par les biologistes et les médecins. Ce livre-ci, trente ans plus tard, en est en quelque sorte une deuxième édition, mais qui a été totalement refondue et repensée. C'est, dit l'auteur, « un ouvrage d'orientation », c'est, dirons-nous, un guide qui sera spécialement précieux pour les gynécologues. La sexualité est définie comme l'ensemble des processus qui conditionnent ou accompagnent la différenciation et la rencontre des gamètes. M. Caullery étudie, tour à tour, la genèse et la caractéristique des gamètes, les caractères sexuels secondaires, l'intersexualité, les hormones sexuelles, exposé concis et parfait de leur production et de leur chimie, le déterminisme sexuel en fonction de l'hérédité mendélienne, l'opposition du germe et du soma (et, aussi, leur interaction), la bipotentialité sexuelle primitive. Une très belle bibliographie termine ce livre. Henri Vignes.

ECHOS & GLANURES

La maladie et la mort du Maréchal de Saint-Arnaud. — Le 29 avril 1854, le Maréchal de Saint-Arnaud, désigné comme commandant en chef de l'armée d'Orient, avait embarqué à Marseille. Son état de santé était loin d'être brillant. Depuis quelques mois, il avait eu de nombreuses crises d'angine de poitrine. Mais, dit Louis Bertrand (1) « il ne voulait pas avouer sa fatigue ni son usure. Et il tenait à faire cette guerre, qui serait une grande guerre, il le devinait : ç'a avait toujours été son rêve. En Algérie, il se désespérait d'être condamné à la guérilla perpétuelle. Il voulait... enfin justifier son titre de Maréchal de France. Quand il se sentait plus malade, il se disait qu'il servirait jusqu'au bout ; il ferait une fin héroïque ».

Le Maréchal de Castellane qui le vit, lors de son passage à Lyon, note dans son *Journal* : « Il se dit très bien portant et prétend que d'avoir quitté le ministère le rend tout autre. Le fait est qu'il est debout. Mais il est très maigre, il a les yeux vitreux, il est voûté ».

Entre Lyon et Marseille, Saint-Arnaud eut deux accès de *mal de poitrine*, pour employer l'expression du médecin qui l'accompagnait, le Docteur Cabrol (2),

Il en eut d'autres, moins intenses, sur le *Berthollet*. Et au milieu de mai, le Docteur Cabrol notait que la santé du Maréchal avait subi une amélioration notable depuis son départ de France. Mais, un mois après, de Varna où il avait installé son quartier général, Saint-Arnaud écrivait à sa femme : « Tout me fatigue : parler, écrire, manger, marcher, monter à cheval, tout est la cause d'une douleur ».

Souvent ces crises le prenaient en pleine rue ; il était obligé d'entrer dans une maison, où il se tordait dans d'horribles douleurs, auxquelles les agents les plus efficaces de la médecine, dit Cabrol, n'apportaient guère de soulagement.

Un cependant agissait quelquefois : le fer aimanté. Cabrol y eut recours souvent et notamment le jour de la bataille de l'Alma.

« Nous donnions au Maréchal de temps en temps un verre de Marsala, raconte Cabrol, et lui passions, à l'insu de tous, un fort aimant enveloppé d'un petit sac de flanelle. Pour cette application, le malade faisait halte momentanément et se courbait sur le pommeau de sa selle. Nous nous approchions alors : Dauguet, son vieux serviteur, lui présentait la coupe en argent, que le Maréchal vidait, pendant que je lui passais l'aimant qu'il s'appliquait à nu sur la région du cœur et à l'épigastre. Cela le soulageait momentanément et lui permettait de se diriger là où il jugeait sa présence nécessaire ».

Et ainsi ce mourant, qui ne pouvait plus se tenir debout, était monté à cheval dès le matin, pour n'en descendre qu'après la déroute de l'ennemi, à quatre heures du soir.

C'était le 21 septembre. Deux jours après, Saint-Arnaud présentait les premiers symptômes du choléra. Louis Bertrand ne fait pas mention de cette atteinte pas plus que Canrobert dont les Souvenirs ne permettent pas d'autre diagnostic que celui d'angine de poitrine. Mais le Docteur Cabrol est formel : « Le choléra, dit-il, avait germé dans ses entrailles et si la médecine avait pu jusqu'alors prolonger la vie du commandant en chef, malgré l'affection incurable qui avait atteint l'un des principaux appareils de l'économie, — une péricardite avec adhérence au cœur — elle se trouvait impuissante en face d'une attaque de choléra, enlevant en quelques heures les plus robustes ».

Et le certificat qui existe dans le dossier du Maréchal de Saint-Arnaud aux Archives de la guerre, est aussi précis. Ricard, chirurgien de la marine de 2me classe et chirurgien major de la corvette à vapeur le *Berthollet*, constate que Saint-Arnaud est décédé « des suites du choléra » à bord du *Berthollet*, le 29 septembre 1854 ». G.

(1) Louis Bertrand. — Un grand africain : Le Maréchal de Saint-Arnaud. Librairie Arthème Fayard, 1941.

(2) P. de Régla a publié les souvenirs du Docteur Cabrol : Le Maréchal de Saint-Arnaud en Crimée. Paris, Tresse et Stock, 1895.

L'homme peut-il vivre uniquement de viande et de graisse ? Le Professeur Rietschel rappelle (*Deut. med. Wochensch.*, 9 janvier 1942) que Nansen et Johansen, après avoir abandonné le *Fram*, durent, d'août 1895 à juillet 1896, vivre uniquement de viande d'ours et de graisse. Et ils augmentèrent de poids. Ce qui démontrerait qu'il est possible de se passer d'hydrates de carbone. Stefansson et Anderson ont essayé ce régime alimentaire pendant 400 jours et s'en sont bien trouvés.

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU

En marge du Code de Déontologie [1]

Par le Professeur Noël FIESSINGER

Les malheurs de notre pauvre nation ont attiré l'attention sur les défaillances morales de la profession médicale. Quelques-uns de nos confrères, qui avaient cru prudent de se dégager de l'emprise allemande et qui, pour cette raison, avaient abandonné leurs opérés, leurs malades et leur personnel, ont soulevé l'indignation du populaire qui, du coup, a oublié le dévouement sans bornes, le courage sans défaillances, la conscience sans limites de la plus grande partie du Corps médical civil ou militaire. Avec cette déformation si fréquente, on a oublié les bons pour ne voir que les mauvais. Et du coup, en se reportant à l'époque d'avant-guerre, on en a conclu à la démoralisation professionnelle. Le médecin est devenu comme le « baudet » de la fable. On a confondu exception avec règle. Et l'on a oublié ce qu'avait toujours montré le Corps médical, l'exemple dans le devoir, l'abnégation dans le sacrifice. Certes, depuis quelques années, par une juste contagion du milieu social, le médecin avait plus entendu parler de ses droits que de ses devoirs. Comme tout le monde, il avait des droits, aussi trouvait-il une excuse dans une orientation nationale, dont, malgré tout, la majorité du Corps médical sentait le danger pour le présent et l'incertitude pour l'avenir Alors vint la défaite Et le Corps médical, qui avait par ailleurs montré dans la Société l'exemple des opinions saines, qui depuis longtemps avait deviné l'abîme où se précipitait le pays, le Corps médical, dis-je, fut considéré comme un responsable. Il était en dégénérescence, il fallait le réformer. Voilà les faits.

Avant de vous dire ce qu'on a proposé pour cette réforme, laissez moi plaider pour notre profession. Ne croyez pas, vous jeunes qui m'écoutez, que le médecin se soit déconsidéré dans la Société ; il n'est pas de profession qui se soit autant dévouée à la cause publique, il n'est pas de plus beaux exemples de dévouement et de sacrifices que ceux qu'ont donné certains de nos confrères. Et qu'il s'agisse du médecin des villes, du médecin des cités ouvrières ou du médecin des campagnes, tous dans la grande majorité ont donné l'exemple dans le travail et le dévouement. Faut-il compter les dimanches sacrifiés, les nuits absentes, faut-il faire état des télégrammes, des téléphones, des plaintes, des abus, des misères ? Le médecin était là, toujours là. A une époque où tout était grève sur le tas, congés payés, semaine de 40 heures, le médecin *fut le seul dans la société*, le seul, je dis bien, pour qui aucune loi ne pouvait servir, tout juste était-il bon à payer ses contributions. Alors ? Et bien alors, la détresse nationale fit tout oublier ; galeuses, oui, quelques brebis. Il fallait traiter tout le troupeau. Et c'est ainsi que le chef de l'Etat créa l'Ordre des médecins. Il existe ; loin de moi l'idée de le discuter. Il a maintenant pour but d'épurer, de moraliser le Corps médical. On a nommé un Conseil supérieur et des Conseils départementaux. Ceux-ci choisis avec un certain bonheur réunissent des personnalités des plus honorables. Tous se sont mis au travail. Malgré que systématiquement la Faculté de médecine de Paris qui forme plus de la moitié des médecins français, l'Académie de médecine, qui réunit dans l'Etat les personnalités médicales les plus autorisées et les plus respectées, aient été écartés du Conseil supérieur, je ne m'élèverai contre le mérite, ni contre l'honorabilité des personnalités choisies. Je m'empresse d'ajouter que le choix ne pouvait pas être plus heureux, ni plus judicieux.

Pour pratiquer la médecine, il faut être agréé par l'Ordre des médecins. Celui-ci est tout puissant et avec des sanctions

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu le 2 juillet 1941. A paraître prochainement dans : SYNDROMES ET MALADIES (Masson, édit.)

FEUILLETON

LES MÉDECINS DE NOTRE TERROIR

Ceux de Franche-Comté



La Franche-Comté ! Le pays des mauvaises têtes, comme on l'a dit récemment ? Peut-être. En tout cas, un pays où les gens sont pourris de bon sens, disent oui difficilement mais pour toujours et aiment mieux la franchise que la louange.

Ces « défauts » se retrouvent chez les grands médecins nés dans cette province qui n'en compte ni plus ni moins que d'autres, mais de genres assez variés. La Franche-Comté,

Pays des vrais savants, des nobles songe-creux,
Des robustes soldats et des vins généreux

a vu naître des chirurgiens, des hommes de laboratoire aussi bien que des médecins philosophes, poètes, voire inventeurs.

Mais on n'y compte peu de médecins de cour. Servir s'accommode mal avec l'esprit indépendant du Comtois qui est cependant capable, s'il l'a accepté, de remplir ce rôle avec toute la grandeur qu'il comporte.

A part Coytier, on ne trouve guère que SAULE, QUANTEAU, Jean CHIFFLET qui furent respectivement médecins de Charles le Téméraire, de Philippe le Bon et de Philippe IV. Quant à COYTIER, présenté par certains historiens comme terrorisant son maître pour lui extorquer argent, charges et bénéfices, il semble bien qu'au contraire il ait été le médecin habile et psychologue nécessaire à un monarque tel que Louis XI.

Les chirurgiens nés en Franche-Comté sont nombreux, ce qu'on a voulu expliquer en rappelant l'habileté manuelle de ces artisans du Haut-Jura qui, au cours des siècles, sculptèrent le buis ou firent parler l'ivoire.

L'argument aurait quelque valeur si Desault, Percy, Marjolin, etc., étaient des montagnons. Or, ils sont tous du bas pays, comme Jacques BEAULIEU. Ce dernier, plus connu sous le nom de Frère Jacques (L'Etendonne, près de Lons-le-Saunier, 1651-1714) dut sa vocation à un empirique rencontré par hasard et qui taillait du boyau et de la pierre. Après avoir pratiqué en Provence, il vint à Paris, fut admis à opérer à l'Hôtel-Dieu, à la Charité ; ce qu'il fit avec des alternatives de succès et d'insuccès, pour reprendre sa vie nomade à travers l'Europe et venir mourir à Besançon. Empirique ? Simple inciseur de pierre ? On l'a prétendu. Mais on a reconnu aussi en lui un de ceux qui ont contribué à transformer la taille périnéale et à en faire une opération relativement bénigne.

Plus représentative dans l'histoire de la chirurgie est la figure de DESAULT (Magny-Vernois (Haute-Saône), 1738 — Paris, 1795). L'exemple d'un barbier de village lui avait donné le goût de la chirurgie qu'il étudia à Paris. Il y connut des difficultés sans nombre, mais son entêtement le fit triompher aussi bien de la vieille Faculté jalouse du succès de ses leçons que de l'administration hospitalière qui prétendait s'opposer à ses innovations.

Rude à la surface, mais juste, obligeant, esclave surtout de ses devoirs, Desault, en bon comtois, avait l'esprit un peu lent à concevoir et l'élocution dépourvue d'élégance. Mais au lit du malade ces défauts disparaissaient. La clarté et la précision de sa méthode, l'animation qu'il puisait dans l'amour passionné de son art en faisaient un professeur incomparable.

dont la plus forte est l'interdiction de tout exercice. Depuis la promulgation de la loi du 7 octobre 1940, nos confrères se sont mis courageusement au travail. Il leur fallait non seulement construire, mais assimiler l'œuvre antérieure des syndicats. Ce fut un travail gigantesque, certes il y eut des flottements, des hésitations mais, somme toute, l'œuvre est déjà belle. Et c'est à ce sujet que je veux vous parler du « Code de déontologie » qui constitue les statuts de la profession médicale. Ce Code est l'œuvre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

On a déjà beaucoup écrit au sujet du Code. On lui a fait des reproches et beaucoup sont justifiés. Il est à la fois hâtif, incomplet et oppressif. Hâtif, au point que déjà dans le *Bulletin* des corrections s'imposent. Incomplet, bien des nuances de notre profession sont passées sous silence. Oppressif, il édicte une loi à la manière d'un Etat, quand il sait que toute oppression nécessite une surveillance, un contrôle et que la profession médicale par son caractère échappe à tout contrôle. Et c'est bien la raison qui m'a fait m'élever depuis de nombreuses années contre le principe de l'Ordre des médecins. Je comprends qu'il y ait un Ordre des avocats, ceux-ci ont une vie le plus souvent publique au Palais, au barreau, un contrôle est possible. Par contre la vie du médecin se passe dans son cabinet, elle s'entoure de secret et de silence. Comment exercer un contrôle sans la bassesse des délations ? Comment ne pas tolérer des incorrections manifestes ? Les reproches sont valables certes, je n'insiste pas, l'avenir jugera et j'espère ne pas avoir raison. Mais le code est écrit, l'Ordre est constitué, notre devoir est de nous soumettre et d'obéir. D'ailleurs, il faut le reconnaître, la plupart de ce qui a été fait est bien fait. Le Conseil supérieur a mis au point une œuvre très digne dont nous allons parcourir ensemble quelques articles. La difficulté était grande : codifier les devoirs du médecin. Rist vient de consacrer à ce sujet un livre très remarquable, empreint de cette noblesse scrupuleuse et intransigeante qui donne tant de charme à sa personnalité (La morale professionnelle du médecin, Masson, 1941). En guise de prélude à son étude, le Docteur Rist apporte le serment d'Hippocrate, non tel qu'on le jure à la soutenance de thèse, mais tel qu'il se trouve dans les œuvres du Maître de la médecine.

« Je jure par Appollon, médecin ; par Hygie (déesse de la santé), par Panacée (déesse de la guérison), et par tous les dieux et déesses, que je prends à témoin que j'accomplirai de tout mon pouvoir et, selon mes connaissances, ce serment tel qu'il est écrit.

Je regarderai comme mon père celui qui m'a enseigné la médecine ; je l'aiderai à vivre et lui donnerai ce dont il aura besoin. Je regarderai ses enfants comme mes propres frères. S'ils veulent apprendre cet état, je le leur enseignerai sans argent, ni obligation par écrit ; je leur ferai connaître ces principes, je leur en donnerai des explications étendues ; je leur communiquerai généralement toute la doctrine, comme à mes enfants, à eux et aux disciples qui auront été immatriculés et qui auront prêté le serment suivant l'usage de la médecine, mais non à d'autres qu'à ceux-là.

J'ordonnerai aux malades le régime convenable, d'après mes lumières et mon savoir. Je les défendrai contre toutes choses nuisibles et injustes. Je ne conseillerai jamais à personne d'avoir recours au poison et j'en refuserai à ceux qui m'en demanderont. Je ne donnerai à aucune femme de remèdes, pour la faire accoucher avant son terme. Je conserverai ma vie pure et sainte, aussi bien que mon art. Je ne taillerai pas les personnes qui ont la pierre ; je laisserai cette opération à ceux qui en font profession. Lorsque j'entrerai dans une maison, ce sera toujours pour assister les malades, me tenant pur de toute injustice et de toute corruption avec les hommes et les femmes, esclaves ou libres. Tout ce que je verrai ou que j'entendrai dans le commerce des hommes soit dans les fonctions ou hors des fonctions de mon ministère et qui ne devra point être rapporté, je le tiendrai secret, le gardant comme une chose sacrée.

Ainsi puissè-je vivre longtemps, réussir dans mon art et devenir célèbre dans tous les siècles, comme je garderai ce serment, sans en violer un seul article. Si j'y manque et me parjure, qu'il m'arrive tout le contraire (1). »

Le serment d'Hippocrate suffirait. Depuis 25 siècles, il conserve donc sa vérité et toute sa profondeur. « Je ne sais

(1) Traduction des œuvres médicales d'Hippocrate sur le texte grec, d'après l'édition de Foes. T. II, 1801.

C'est son enseignement clinique, commencé à la Charité, poursuivi à l'Hôtel-Dieu, pendant les jours enfiévrés de la Révolution, qui est la grande innovation de Desault.

La plupart de ses procédés opératoires sont oubliés, ses instruments et appareils ne lui ont pas survécu. Mais il lui reste le mérite d'avoir formé une école qui, pendant tout le commencement du XIXe siècle, a illustré la chirurgie française. Et ce fut lui qui orienta vers son avenir le jeune étudiant qui n'ambitionnait d'autre situation que celle d'officier de santé aux armées de la République. Auréolé de la gloire de Bichat, le nom de Desault défie l'oubli.

Percy, un peu plus jeune que Desault, né presque sur le même coin de terre (Montagney (Haute-Saône), 1754 — Paris, 1825) connut surtout la vie des camps. Chirurgien d'armée au début du règne de Louis XVI, il faisait encore campagne à Eylau et à Saragosse.

Au cours de ces trente années, il a tenu incontestablement le premier rang dans la chirurgie des armées. Comme savant et comme écrivain, pas un de ses collègues ne peut lui être comparé. Il a fait entrer dans la pratique des ambulances certaines opérations comme les résections qui n'y étaient pas pratiquées avant lui. Ses conseils sur le traitement des plaies d'armes à feu, sur les amputations sont le témoignage de sa sagacité chirurgicale. Ses idées sur l'organisation des ambulances, sur leur neutralisation, etc., contenaient le germe de la plupart des améliorations réalisées par la suite. J. D. Larrey, qui n'aimait guère Percy, lui en a contesté quelques-unes ; à tort, de l'aveu même d'Hippolyte Larrey qui, dans une note ajoutée aux *Mémoires de chirurgie militaire*, écrivait : « Mon père a été injuste envers Percy ». L'aveu est loyal, mais il était nécessaire.

Chez Percy, l'homme était encore supérieur au chirurgien et à l'écrivain. Son courage personnel, son zèle pour le service, son dévouement envers ses subordonnés n'ont d'égal que l'esprit d'indépendance qu'il manifesta toujours à l'égard du pouvoir, qu'il fût révolutionnaire ou impérial. A un commissaire-ordonnateur en chef qui avait adressé des reproches immérités au chirurgien en chef de l'Armée du Rhin, il répondait :

« Ce chirurgien s'appelle Percy ; il n'a besoin ni du ministre ni de ses bureaux ; il a une conscience, une fortune et une réputation qui le rendent indépendant ; et si, pour être utile, il supporte avec patience les travaux de la guerre, il est bien décidé à la faire aux sots et aux insolents qui oseront le régenter ou chercheront à l'avilir ».

Cette âpre franchise montre qu'on ne descend pas en vain d'hommes qui ont fait passer leur obstination en proverbe.

Larrey, meilleur courtisan que Percy, est resté plus populaire que lui ; mais, scientifiquement et moralement, il n'atteint pas à la hauteur où domine Percy. Le jugement vaut qu'on le retienne. Il est du Professeur Forgue.

Contemporains de Percy, les Lombard (Dôle, 1741 — Paris, 1811), Tissot (Ornans, 1747 — Paris, 1826), Thomassin (Dôle 1750 ; Besançon, 1828) ; Briot (Orchamps, 1773 — Paris, 1826) dont les noms et l'œuvre ne sont guère connus que des historiens de la chirurgie militaire. Simon Boy (Champlitte 1768 — Mayenne, 1795) est aussi un oublié auquel on a même contesté la paternité de l'hymne *Veillons au Salut de l'Empire* qu'il avait composé à Strasbourg, quelques mois avant la *Marseillaise*.

N'obéissant qu'à leur ardeur patriotique et aux plus nobles sentiments de la fraternité, tous ces chirurgiens prirent dignement leur part aux efforts de la résistance nationale et restent encore les grands noms qu'il faut évoquer quand on veut glorifier notre service de santé.

rien de plus émouvant pour un médecin de nos jours, ajoute Rist, que cette voix, qui du fond des âges, l'exhorte à passer sa vie et à exercer son art dans l'innocence et la pureté ». A la base de notre art, il met en relief la valeur de l'âme. Celle-ci doit être parfaite, dégagée de toute tentation et libre de toute emprise. Or celle-ci ne se forge pas avec des règlements, ni des menaces de sanction. Il faut du cœur d'abord, cette sensibilité tendre, cette compassion toujours en éveil, que rien ne peut vous acquérir, si la nature vous en a dépourvu. Et puis, votre orientation sentimentale doit être assurée par les exemples que doivent constituer la vie de ceux qui vous dirigent. Le médecin doit forger ses disciplines d'avance pour résister à toutes les tentations. C'est au début de sa vie professionnelle, que pour conserver son intégrité et par là sa pureté, le médecin doit s'astreindre à une limitation de ses besoins et de ses désirs. J'ai souvent assisté à des mises en train trop somptueusement étoffées. Le déséquilibre est vite réalisé et le médecin prend place de victime éternelle passant sa vie à combler des déficits trop lourds qui pèsent forcément sur la stabilité de sa moralité. Tout ceci forme la base de l'âme médicale et cela ne pouvait être envisagé dans le Code de déontologie. Et c'est bien pourquoi le Code n'est que le squelette de nos devoirs. Il en est d'autres dont il ne parle pas et que le serment d'Hippocrate ne laisse pas dans l'ombre. « Ce n'est pas dans la Société qu'il faut d'abord instaurer la discipline, écrit récemment Pierre Leforestier dans les Affamés, c'est dans le cœur de chaque homme qu'il faut que naisse *spontanément* le besoin d'une règle de vie, résultant de l'idéal». C'est foncièrement vrai pour la médecine.

Le médecin est ainsi préparé à des devoirs envers les malades, envers leur entourage, envers la collectivité et enfin envers ses confrères.

1° Devoirs envers le malade. — « Le médecin est au service des malades ; c'est un service sacré. Il doit l'assurer en toutes circonstances, même au prix de son propre intérêt et au risque de sa vie. Il doit garder le sens de la responsabilité sociale et ne jamais aliéner son indépendance professionnelle. Par la dignité de sa vie, il doit faire respecter en sa personne la médecine tout entière. » C'est ainsi que commence le code de déontologie.

Obligation de répondre à l'urgence, obligation de ne pas abandonner un poste en cas de danger (épidémies, guerres, émeutes, etc.) En somme, fidélité à la réponse, c'est le principe du « service sacré ». Ce sont à vrai dire des qualités indispensables. Restent les qualités de luxe, celles dont ne parle pas le Code. La délicatesse dans la méthode et l'attention dans les soins. Je rappelle souvent à mes élèves le slogan de mon maître Chauffard : « Un médecin peut pécher par ignorance, il ne doit pas pécher par négligence ». Pas d'examens à la « va vite », pas de manque de réflexion, pas de conclusions hâtives. Les qualités « de luxe » me semblent nécessaires. Vous me direz : « On ne peut tout demander à un médecin. » je vous répondrai, le médecin digne de ce nom « doit tout se demander » et ceci bien en marge du Code disciplinaire qu'on vient de lui proposer. D'ailleurs, il n'y a pas médecine sans confiance et pour obtenir la confiance, le médecin doit être :

1° Aimé, et ce sont ses qualités de cœur qui lui serviront ;
2° Respecté, et c'est la dignité de sa vie qui intervient ;
3° Obéi, et c'est sa fermeté qui opère.

La dignité de la vie, le Code s'y attache par l'extérieur. C'est bien ainsi qu'il faut envisager l'interdiction de tout mandat politique en période d'activité médicale, sauf toutefois les mandats municipaux, l'interdiction de toute publicité écrite ou orale et de l'exploitation de la crédulité du public.

C'est aussi au sujet de la dignité qu'il faut envisager l'interdiction de tout partage clandestin d'honoraires. Ce que l'on a appelé la *dichotomie* est formellement rejeté par le Code. « Tout partage secret est déshonnorants en soi ». Rist en montre à merveille le caractère humiliant. La coutume s'est malheureusement établie que le médecin qui prend la responsabilité d'une intervention chirurgicale et souvent du choix du chirurgien ne mérite d'autres honoraires que ceux auxquels lui donne droit une consultation ordinaire. Certes, il faut reconnaître avec Rist, que le médecin a fait bon marché du service rendu. C'est de lui-même que vient l'habitude prise. Mais mettons-nous à sa place. La concurrence joue et le menace sans cesse. Cette concurrence rabat en quelque sorte ses honoraires. C'est là à mon avis que le Conseil de l'Ordre a le devoir d'agir. Les honoraires doivent être, sous son égide, répartis d'une manière équitable, une justice au grand jour est nécessaire. De cette façon les partages clandestins disparaîtront. Point ne suffit de supprimer d'un trait de plume, il faut aussi expliquer et corriger. Je comprends que le Conseil de l'Ordre soit gêné dans la fixation d'une proportionnalité des honoraires du chirurgien et ceux du médecin. Mais entre le « trop » et le « pas assez », il y a une marge qu'il faudra combler. Pour le Conseil, c'est au médecin de la combler, s'il le peut... et s'il ne le peut pas, l'acte clandestin trouvera la place pour se

---

Logeant dans une mansarde à cinq francs par mois, consacrant un franc par jour à sa nourriture et n'ayant pour vêtement que son vieil uniforme de dragon, Nicolas Marjolin (Ray-sur-Saône. Haute-Saône, 1780 — Paris, 1850) connut des débuts difficiles que compensèrent des succès rapides dans la carrière : à 36 ans, il était chirurgien de l'Hôtel-Dieu et à 38, professeur de pathologie externe.

C'est dans cette chaire qu'il s'est illustré ; ainsi, à défaut d'une personnalité chirurgicale nettement accusée, Marjolin garde celle d'un grand enseigneur.

Les réactions de son caractère ne le situent pas moins haut. Sa bonhomie, restée légendaire, ne fut jamais teintée d'opportunisme. Lors du plébiscite pour le Consulat à vie, Marjolin écrivit sur le registre de l'Ecole un *non* que les objurgations du doyen Thouret ne purent lui faire effacer.

Même entêtement quand le gouvernement royal, répudiant avec maladresse les gloires sorties du régime impérial, voulut offrir à Marjolin le titre de chirurgien en chef de la Garde Royale ; il refusa avec dédain et la place fut conservée à Larrey.

Elève, concurrent, puis collègue de Dupuytren, Marjolin eut avec lui de nombreux démêlés qui ne lui firent jamais oublier le respect dû à son maître.

Velpeau a comparé les deux hommes :

« L'un était ombrageux et fier ; l'autre ouvert, confiant et familier ; le chef aimait le retentissement et l'éclat ; le second fuyait la contrainte et l'ostentation ; celui-là tenait à ce qu'on eût le regard fixé sur lui ; celui-ci répugnait à se mettre en scène ; le premier ne laissait échapper aucune occasion de faire ressortir son majestueux talent aux yeux de la foule ; le second restait volontiers à l'écart ; l'un aurait voulu que toute la chirurgie lui passât par les mains, l'autre n'était jamais pressé d'opérer ».

Ce parallèle marque assez de quel côté était la supériorité.

Marjolin eut un fils, René, qui fut des dix-sept jeunes chirurgiens fondateurs de la Société de chirurgie en août 1843. Mais ce fils naquit à Paris et ne peut figurer dans une liste de chirurgiens comtois qui se terminera avec Reybard, en attendant que le recul du temps permette aux contemporains d'y prendre place.

Reybard (Coisia, Jura, 1795 — Paris, 1863) était né au pays de Bichat. Installé d'abord à Annonay, puis à Lyon, n'ayant à sa disposition ni service ni laboratoire, c'est cependant sur des données positives de physiologie expérimentale qu'il fonda ses procédés opératoires. Cinquante ans avant John Marshall, il avait réalisé avec succès une colectomie. Bien avant Dieulafoy, il avait imaginé une canule pour la thoracentèse et Trousseau se plaisait à reconnaître la simplicité, l'innocuité de la ponction du thorax pratiquée avec le « bout d'andouille » de Reybard.

Si son urétrotome fut peut-être moins heureux, Reybard reste cependant un des pionniers de la chirurgie expérimentale et l'un des plus brillants représentants de ce que l'on pourrait appeler la période instrumentale de la chirurgie au XIXe siècle.

(A suivre) Maurice Genty.

faufiler. Quand tous ou presque tous dichotomisaient, j'ai j'ai toujours engagé mes élèves à prévenir les opérés qu'ils prélèveraient eux-mêmes leurs honoraires, de cette façon à faire façade de leur attitude et de gagner ainsi la confiance de leur clientèle. Ces conseils ont-ils été toujours suivis d'effets ? J'en doute. Car, après tout, le malade voit très bien si on le soigne avec tout son dévouement et c'est tout ce qu'il demande. Cette question de la dichotomie est une des tares de la médecine actuelle, une tare difficile à supprimer, mais c'est au Conseil de l'Ordre de découvrir une technique qui rende justice au médecin ou plutôt qui lui permette de se faire rendre justice. Cette technique n'est pas trouvée. La rature seule existe.

Le Docteur Rist, dans ses très belles leçons, s'est fait un juge impitoyable de la dichotomie. Il se montre sévère, mais foncièrement juste en écrivant « On est étonné de la facilité avec laquelle tant de praticiens se laissent imposer des tarifs scandaleusement bas par les sociétés de secours mutuels, les Assurances sociales, les grandes administrations publiques et privées ». C'est exact, mais il était seul, ce médecin, et avec comme unique mode de défense, le refus. La pléthore est telle que la course au « petit fixe » était devenue une nécessité. Il faut que le Conseil de l'Ordre mette fin à ces abus. Quand le médecin pourra vivre honorablement, la lutte contre la dichotomie sera plus facilement couronnée de succès.

Si le Conseil de l'Ordre s'est attaché avec attention à la dichotomie, il n'a pas agi autrement avec le secret professionnel. « Le secret professionnel lie le médecin d'une manière absolue ; il n'appartient pas au client de l'en délier. La propriété du secret ne passe pas aux héritiers du malade : en aucun cas, le médecin ne peut délivrer une pièce relatant après décès la nature de la maladie ». Voilà le premier article. Mais il s'y ajoute un addendum : « Toutefois lorsque l'indication de la cause de la mort est nécessaire à l'obtention d'une pension, le médecin traitant peut indiquer qu'il y a relation de cause à effet entre la mort et l'affection objet de la pension ». Et voilà jugée la difficulté du secret professionnel. Il y a secret et secret et seul le médecin en est juge. Ainsi auprès des proches. « La révélation du secret ne leur doit être faite que dans la mesure où elle est utile pour assurer le traitement ou encore pour éviter la contagion ». Ce secret ne doit être confié que si l'on est certain qu'il en sera usé « dans l'intérêt spirituel ou matériel du malade et non dans un but d'intérêt personnel ». On saisit la difficulté du problème et le Code de déontologie n'a pas ménagé les exemples. En règle générale, le secret s'attache au sentiment de défense de l'individu. Le médecin s'en constitue dépositaire et, dans n'importe quelle circonstance, il reste juge de son attitude en se plaçant constamment à la place du malade. Voici une femme, elle peut très bien pour des raisons spéciales tenir au secret absolu à l'égard des siens les plus proches, ou au contraire, il peut être nécessaire de prévenir l'entourage de la gravité de la situation. Tout cela est affaire de jugement. Voici une gouvernante que ses patrons vous envoient, elle a la garde de jeunes enfants, vous découvrez qu'elle est atteinte de tuberculose évolutive. Pouvez-vous en prévenir ses employeurs ? Formellement pas. Il vous faut obtenir que la malade cesse son service pour *se soigner*, n'employez pas l'autre prétexte de danger de contagion pour les enfants, il n'est généralement pas compris. « Si l'employé ne s'y prête pas, ajoute le Code, le médecin doit refuser de continuer ses soins et en aviser aussitôt l'employeur en lui envoyant sans autre explication sa note d'honoraires pour soins donnés à l'employé ». Ce n'est pas toujours commode, mais vous y arriverez en effrayant les malades et en obtenant d'eux la décision que la prudence oblige.

De même sur un certificat de décès, vous devez refuser de mentionner le nom de la maladie — même en cas de demande faite par une administration ou une Compagnie d'assurance. Même dans ce dernier cas le médecin ne peut dire si la mort est due ou non à une cause naturelle. Voilà le principe. Mais comme le médecin agit « dans l'intérêt du malade dont il a la charge », si le malade est dans un état qui l'empêche de demander d'entrer en rapport avec une compagnie, le médecin peut établir un certificat de nature des lésions, sans mention de la cause si celle-ci doit rester ignorée. Au médecin expert de recueillir les renseignements complémentaires.

Je vous ai souvent exposé la technique qui me semble la plus utile au malade. Son ordonnance doit porter trace de ses signes dominants exposés en termes médicaux mais incompréhensibles — des chiffres et des abréviations. Le diagnostic en découle facilement. Cette ordonnance repère est la propriété du malade et doit être communiquée à tout autre médecin, si nécessaire. Mais silence surtout auprès d'envoyés que vous ne connaissez pas, silence au téléphone, vous avez le droit seulement de prévenir le voisinage immédiat du malade, de la gravité d'une maladie, si du moins l'intérêt de votre malade ou de ses affaires le nécessite.

Faut-il mentir ? Le moins souvent possible. Au malade certes, qui s'inquiète d'un état grave et incurable. Aux proches, quand la situation ne nécessite pas de mesures rapides. Mais en général, le médecin doit répondre aux questions avec habileté et souplesse, il doit donner l'impression qu'il dit quelque chose sans ne rien dire du tout, et cela est loin d'être toujours facile. Et voilà où la conclusion générale s'impose, le médecin doit user avec libéralité de la dignité du silence ce qui est somme toute la discipline du langage.

2° Devoirs envers la famille. — Le code est silencieux à ce sujet. Le médecin dans la famille doit prendre la place du conseiller indispensable. Avec la force du secret professionnel, il peut connaître les failles des familles les plus parfaites. Il lui est facile par persuasion, ou au besoin par traitement, de consolider des foyers qui paraissaient en pleine ruine. Avec les enfants, comme arguments, il dispose d'une force considérable et toujours sous prétexte de soins, de santé, d'avenir, il a empêché bien des divorces.

Les précautions qu'il prend contre la contagiosité intérieure ou extérieure découlent de son influence. Mais dans cette action, il faut une autorité constamment renouvelée, joyeusement acceptée, sans abus, sans indiscrétion, et avec tact. On peut obtenir beaucoup, même des milieux en apparence les plus rébarbatifs. Mais cependant il est une mesure que j'ai vue bien difficile à faire accepter par une famille, c'est la stérilisation municipale. Je parle de jadis. Après la déclaration de maladie contagieuse, les services de désinfection se livraient à des exercices aussi illusoires que ridicules. Et les hommes qui en étaient chargés, fumaient, crachaient, sentaient le vin. J'en ai gardé le souvenir aussi craintif que celui de la stérilisation des taxis avant la guerre en quatre coups d'un pulvérisateur pompeusement qualifié antiseptique. Tant était illusoire cette stérilisation, que bien des médecins ne faisaient pas la déclaration de peur de voir se déchaîner ce cataclysme ridicule.

3° Devoirs envers la collectivité. — Le médecin a des devoirs envers la collectivité qui constituent surtout la protection contre les maladies contagieuses. Vous soignez une diphtérie chez un enfant, celui-ci va à l'école. S'il s'agit d'un adulte il va à l'atelier, à l'usine, au bureau. Le médecin doit protéger le milieu fréquenté, mais d'autre part il est lié par le secret professionnel. Que faire ? C'est alors qu'intervient la dérogation formelle au secret : la déclaration obligatoire des maladies contagieuses prévues par la loi.

Mais plus encore, le médecin doit orienter les mesures d'hygiène générale, intervenir auprès des autorités compétentes pour obtenir les précautions qui lui semblent nécessaire : vaccinations préventives, mesures d'hygiène alimentaire, stérilisation de l'eau. En obtenant de la collectivité le nécessaire, il agit dans l'intérêt général. Il lui faut souvent prévoir en exagérant ses prévisions pour prévenir d'une façon certaine. C'est peut-être là un des écueils de la carrière médicale, tant dans les mœurs actuelles, l'individualisme prime le collectivisme. A celui qui prend des précautions, on oppose l'inutilité de ces précautions d'une part et leur danger possible de l'autre en raison des affolements et de l'instabilité des masses. En protégeant la collectivité, le médecin risque de se poser en un champion dangereux. Il n'est pas de circonstances, où nos confrères n'ont rencontré autant de résistance. Sur ces sujets, de médecine sociale et de collecti-

vité, le code de déontologie est « volontairement bref »... « En effet, il n'a paru possible — sans que soit fixée la structure sociale et anonyme du pays — de déterminer de façon précise les règles particulières à chacune des catégories de médecins appelés à exercer des fonctions médico-sociales. C'est donc au fur et à mesure que le pays s'organisera que seront dotés d'un statut spécial à leurs fonctions : le médecin d'école, d'usine, de dispensaire, d'hôpital, etc. » Ce sera donc pour plus tard. Pour le moment, contentons-nous des précautions que dicte l'honneur du médecin entre l'individuel et le collectif.

4° Devoirs envers ses confrères. — Il doit exister entre confrères une entente parfaite et s'il y a du linge sale qu'il soit lavé en famille. N'oubliez pas que dénigrer un confrère, c'est se dénigrer soi-même. La clientèle prend souvent un malin plaisir à raconter des choses inexactes qu'auraient soutenues un confrère. Il ne faut rien croire. Entre confrères, il faut des relations courtoises. Soyez certains, qu'en vous opposant les uns aux autres vous perdez de votre autorité et de votre force. En cas de litige entre vous, ayez recours au Conseil de l'Ordre qui vous départagera. Il n'y a pas de petit médecin. Le plus modeste est toujours un médecin. Ne le critiquez pas. Vous ne savez pas les difficultés qu'il rencontre, vous ignorez certaines conditions de son travail. Dans notre profession, le plus petit peut être très grand, car à côté de la science, il y a la bonté et si l'une n'exclut pas l'autre, la bonté chez le médecin constitue la qualité dominante, ce que je dénommerais volontiers « la qualité de conquête ». Je vous ai souvent montré ici comment le malade entre deux médecins doit constituer un « agent de liaison ». Il faut donc que jamais devant le malade le moindre mot échappe qui puisse constituer une critique d'un confrère. En faisant l'éloge d'un autre, vous ne vous abaissez pas, vous vous élevez. Vous devez écrire à votre confrère, sous enveloppe ouverte confiée au malade, pour le mettre au courant de ce que vous avez vu et ceci en termes suffisamment clairs pour lui, mais hermétiques pour le malade. Il est possible de tout dire et ce n'est pas une des jongleries les moins subtiles du métier. Mais attention au dictionnaire Larousse. Si vous ne pouvez pas, mettez le confrère au courant par lettre postale. J'ai toujours été en relation étroite avec les confrères qui m'envoyaient des malades d'hôpital et je sais combien cela leur est utile autant pour leur traitement que pour l'autorité qu'ils gagnent auprès de leurs malades.

Les médecins en plus se doivent secours entre eux. Quand l'intérêt d'un malade est en jeu, il n'est pas de discorde qui puisse compter. Il se crée malheureusement partout des inimitiés d'âge, de milieu, d'origine. C'est souvent que les jeunes qui s'installent n'ont pas pour leurs aînés le respect, ou au moins la considération nécessaire. Le jeune apporte la santé, la fougue de la jeunesse, il est au courant des méthodes nouvelles. La clientèle saute à son cou. Qu'il songe à son aîné, qu'il lui rende visite avec égards, et qu'en toute matière, il se comporte avec lui comme il voudrait qu'on se comportât avec lui quand vingt ans plus tard, il ne sera plus le même homme, le même thérapeute, ni le même médecin. La vie apporte bien des changements et l'âge est une épreuve que tous doivent subir. Songez-y, jeunes gens, votre tour viendra. Alors, soyez bons avec vos aînés.

Nos droits. — En face de tous ces devoirs, les droits du médecin sont bien minimes. Vous avez le droit au respect d'abord et à l'obéissance ensuite. Au respect, ne vous laissez pas traiter à la façon d'un domestique. Si on abuse, si on manque de tact à votre égard, dites-le gentiment, mais avec fermeté. Si on vous dérange sans raison, si systématiquement on oublie de vous régler vos honoraires malgré une aisance certaine, si en somme on se moque de vous, « Il est non seulement légitime, mais conforme à la morale que vous leur refusiez vos soins » (Rist). A l'obéissance, c'est l'application de vos conseils, expliquez avec fermeté les raisons de vos actes et leur importance. Vous y arriverez avec persuasion.

Et vous avez un droit insigne que Rist définit à merveille : « Le boulanger vend son pain, le cordonnier vend ses souliers au même prix, quelque soit son client, et celui-ci lui doit ce prix et rien de plus. Il est quitte envers lui. Vous vous réserverez au contraire la faculté de proportionner jusqu'à un certain point vos honoraires à la situation de fortune de vos clients et de tenir compte de toute sorte d'éléments dont le commerçant ne peut, ni ne doit avoir cure : à situations matérielles égales, vous serez porté à plus de modération envers l'homme qui a des charges de famille qu'envers le célibataire oisif et inutile ». Vous devez soigner gratuitement l'indigent. Le médecin n'est pas un commerçant, ni un homme d'affaire. Et c'est bien la raison qui légitime ses exigences de respect et de considération.

Faut-il que même dans l'époque que nous traversons où tout devrait tendre à l'union et à l'effort commun, il y ait encore dans le journalisme de ces êtres bas dont la seule raison d'être est le chantage pour jeter de la boue à la tête des médecins ? Ces derniers ne se défendent pas, ils ne peuvent se défendre, car un médecin s'abaisse quand il polémique. Espérons que plus tard le Conseil de l'Ordre pourra nous défendre.

En somme, votre droit, celui que vous devez revendiquer, celui qui fait l'honneur de toute votre vie, le seul qui vous reste et dont vous êtes justement fier, c'est de pouvoir vous promener la tête haute.

***

Dans cette courte étude en marge du code de déontologie, j'ai laissé bien des points dans l'ombre. Le sujet est inépuisable et Rist en a montré toute l'étendue. Mais je voudrais surtout vous laisser l'impression que le code ne peut tout dire, il faut que votre conscience entre en jeu. Conservez-là, cette conscience, digne et noble, choyez là, soyez-en fier. C'est votre force. La vie passera, les épreuves vous toucheront, puissent-elles ne pas vous abaisser, ni vous courber. Et quand le luxe vous éclaboussera, quand les médiocres plastronneront, retournez en vous-même, repassez votre vie de sacrifices, de dévouements, prenez acte de votre grandeur et en vous-même consolez-vous dans l'immodestie la plus somptueuse de votre âme.

Le médecin est ministre de vie, dit Rist et somme toute la vie est la plus insondable richesse.

Je terminerai sans pouvoir faire mieux que de vous rapporter la vibrante conclusion de Rist qui vous ouvre la carrière par un mot d'ordre et discipline et vous exalte magnifiquement la grandeur de vos sacrifices et de la noblesse de vos efforts : « Jeunes médecins, entrant dans la carrière,..., vous vous trouverez si vous avez compris la dure leçon infligée à notre patrie et à notre profession, devant une grande et lourde tâche. Ne comptez pas uniquement sur vous-même pour la remplir. Sachez choisir dès maintenant vos guides et vos chefs. Discernez avec clairvoyance, cette élite que ne désignent pas toujours les honneurs, mais qu'inspire l'honneur, et serrez-vous autour d'elle. Suivez-là. Restez-lui fidèle. Il vous importe beaucoup, et il importe beaucoup à la France, que votre profession soit digne de confiance et de respect. C'est à vous d'y veiller. Ne laissez pas pénétrer les loups dans la bergerie. Si vous avez de la confraternité un juste et vivant sentiment, vous serez sans complaisance et sans faiblesse à l'égard de mauvais confrères. Vous ne tolérerez pas qu'ils détournent la médecine de ses obligations sacrées, pour la mettre au service de leurs intérêts et de leurs convoitises. Car on ne se sert pas de la médecine. On la sert. Avec abnégation, avec amour, avec passion. Et il n'est rien qui nous soutienne, nous encourage et nous exalte davantage que le sentiment de servir, dans l'union et la concorde, coude à coude, avec tous ceux qui, sous le même drapeau, sous la même discipline, acceptés des mêmes chefs, ont voué leur vie à la même profession. »



TRAVAUX ORIGINAUX

Résultat éloigné d'une double hétérogreffe vivante des nerfs

(hétérogreffe pratiquée en 1911)

Par **E. DUROUX** et **P.-E. DUROUX** (de Lyon)

Ce résultat éloigné concerne certainement la première observation de greffe nerveuse faite en France. Après une année d'expériences faites par l'un de nous sur 30 chiens, une double hétérogreffe fut réalisée le 27 octobre 1911. Nous avons pu suivre ce blessé ; c'est donc trente ans après la greffe que nous avons pu faire de ses résultats un compte rendu soigneux.

I

Chez ce blessé auquel se rapporte notre observation, toutes les méthodes de traitement, que l'on eut pu envisager à l'époque, étaient insuffisantes ou non indiquées.

Il s'agissait d'une plaie simultanée de l'artère humérale du nerf médian, et du nerf cubital à la partie moyenne du bras.

Cette plaie nécessita la ligature de l'artère, et deux tentatives vaines de suture nerveuse. L'une immédiate, l'autre secondaire six mois après. A la suite de la rétraction des bouts nerveux, un an après l'accident, une perte de substance considérable se produisit atteignant 15 centimètres pour chacun des nerfs.

A l'époque évidemment, certaines indications opératoires pouvaient se poser.

La greffe ne pouvait se justifier que d'après l'étude purement littéraire d'observations de deux greffes autogènes, de six greffes homogènes et de 22 greffes hétérogènes toutes étrangères.

L'anastomose nerveuse ne pouvait être réalisée, puisque le nerf médian et le nerf cubital présentaient tous deux la même perte de substance.

Le dédoublement, qui du reste dans une première tentative avait été essayé chez lui par le Professeur Jaboulay, n'avait donné au niveau du bout central qu'un allongement de deux centimètres.

L'interposition d'un tissu conjonctif (indication d'autrefois, hérésie d'aujourd'hui) artificiel (tresse de catguts) ou naturel (tendon) d'un fragment de veine ou d'artère pour servir de chemin conjonctif à la régénération paraissait inutile, vu la longueur de la perte de substance.

La résection osseuse devait être considérée excessive pour la même raison.

L'un de nous, qui avait étudié la technique plus d'un an auparavant, décida d'avoir recours aux greffes. Il appliqua, dans la même séance, deux greffes hétérogènes constituées par les nerfs sciatiques d'un chien, et le résultat, surtout au point de vue sensitif, se montra encourageant au point que, dans tous les articles devenus classiques, cette observation est décrite comme ayant eu un résultat indiscutablement satisfaisant. Cette réalisation sur l'homme avait été précédée de l'expérimentation des greffes et de leur possibilité technique chez le chien, travaux de l'un d'entre nous qui furent colligés dans le *Lyon médical*, le *Lyon chirurgical* et la *Province médicale* en 1911.

Les résultats de certaines de ces expériences, qui ne furent jamais reprises depuis, furent diversement critiqués par Morat, de Lyon (*Lyon médical*, juin 1912) et Pitres, de Bordeaux (*Province médicale*, novembre 1913).

Il est toujours intéressant de relire ces articles comme l'a noté M. Leriche dans une publication récente. Maintenant, ils nous montrent par où péchaient ces expériences. Qui veut trop prouver dépasse son but, mais ces expériences eurent le mérite d'attirer l'attention de tous les chirurgiens français sur les possibilités des greffes de nerfs, et ceux-ci purent, trois ans plus tard, de 1914 à 1918, en faire l'application avec des améliorations techniques dont bénéficièrent de multiples blessés.

L'un de nous, grâce à l'obligeance du Professeur Hermann, a refait ces expériences dans le Laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Lyon. Ces expériences, n'ayant jamais été reprises, risquaient de laisser une certaine pénombre dans un chapitre de la physiologie où les difficultés du problème demandent cependant le maximum de lumière. Ces expériences feront l'objet d'un travail d'ensemble que nous aurons l'honneur de publier prochainement. Mal réfutées par Morat, trop hâtivement interprétées par Pitres, ces expériences, malgré le but chirurgical précis qu'elles visaient, prenaient l'allure d'expériences anarchiques, contradictoires en physiologie ; or reprises, elles ne font que confirmer les lois de la physiologie et apportent un contingent confirmatif nouveau de précisions techniques en vue de la réalisation chirurgicale.

II

Observation. — D... (Germain), salle Saint-Sacerdos 25, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 novembre 1910, pour un coup de couteau siégeant à la partie moyenne du bras. Le blessé a reçu ce coup de couteau dans la nuit et il n'entre à l'hôpital que vers 9 heures du matin. Une heure après son entrée, on constate au niveau de la partie moyenne du bras droit, une plaie de un centimètre et demi, vers le bord interne du biceps. Il existe une tuméfaction déjà importante de la région, dont la peau présente en certains points une coloration violette. On ne sent plus les battements de l'artère humérale et de l'artère radiale. D'autre part, le blessé ne peut fléchir les doigts et accuse une sensation d'engourdissement de toute la main qui lui paraît morte. Elle est, du reste, insensible sur toute la surface palmaire.

Le tube d'Esmarch étant préalablement appliqué, une incision de 8 à 10 centimètres fut menée sur le bord interne du biceps. Le coup de couteau ayant été donné perpendiculairement à l'axe du bras, avait sectionné le bord interne du biceps dont les faisceaux internes présentaient de la sorte une déhiscence assez étendue.

Ce muscle ayant été récliné en dehors, on put apercevoir une section intéressant l'artère humérale, les veines humérales, le nerf médian et le cubital.

Le bout central du nerf médian fut rapproché de son bout périphérique en transfixant toute une extrémité par un fil, lequel, passant de la même manière dans l'autre extrémité, réalisait une coaptation satisfaisante. Il en fut de même au niveau du cubital. L'artère humérale fut liée par une double ligature, et trois ou quatre pinces à demeure furent laissées en place sur les veines dont l'hémostase se montra particulièrement difficile. Le lendemain, les pinces à demeure furent retirées, et, dans les jours suivants, la plaie se cicatrisa sans suppuration, mais avec lenteur, gênée par la hernie du biceps.

Au bout de quinze jours, la sensibilité n'était pas revenue dans la paume de la main, et à la surface des doigts correspondant aux territoires du médian et du cubital, les mouvements de flexion des doigts et d'opposition du pouce restaient totalement abolis. Les semaines qui suivirent n'apportèrent aucun changement ; au contraire, l'atrophie s'installa, progressive, faisant disparaître toutes les saillies thénar et hypothénar et les espaces interosseux. Vers le cinquième mois, un phénomène se produisit au niveau du pouls radial. Celui-ci, qui était resté absent depuis la ligature de l'humérale, commença à laisser percevoir quelques petits battements, dont l'intensité ne s'est, du reste, jamais bien accrue depuis.

Devant la persistance des troubles nerveux, le Professeur Jaboulay décida de procéder à une tentative de suture secondaire. Le malade fut endormi de nouveau ; un tube d'Esmarch fut appliqué à la racine du bras et une nouvelle incision fut menée par l'ancienne cicatrice. Il fut impossible de retrouver le bout central et le bout périphérique de l'artère humérale.

Quant aux nerfs, leur dissociation des tissus cicatriciels environnants fut également très difficile, surtout en ce qui concerne les bouts périphériques ; les bouts centraux renflés en bulbe furent repérés facilement. La rétraction ayant déjà fait son œuvre, il existait une perte de substance de 8 à 10 centimètres entre les extrémités centrales et périphériques des deux nerfs sectionnés. Pour diminuer cet écart, M. Jaboulay fit un dédoublement du bulbe central, ce qui diminua la perte de substance de deux centimètres environ. Puis, par transfixion, deux crins de Florence amarrèrent les deux extrémités proximale et distale et les rapprochèrent le plus possible. Un écart de 6 cent. persista néanmoins.

Les suites opératoires furent beaucoup plus simples que la première fois, mais le résultat fonctionnel demeura négatif. Les troubles trophiques s'installèrent, surtout au niveau du médius à la faveur d'une brûlure que le malade se fit inconsciemment, en laissant sa main sur un poêle allumé. La rétraction du doigt en griffe s'exagéra encore à tel point que le blessé déclara qu'il n'hésiterait pas à se laisser amputer la main.

Le 27 octobre 1911, c'est-à-dire un an après son accident, il fut décidé de tenter chez lui une application de greffes nerveuses.

Technique des greffes.

Le blessé fut endormi pour la troisième fois, le Professeur Jaboulay fit une nouvelle incision à la partie interne du bras, incision de 20 centimètres environ. Les bouts nerveux, quoique très rétractés de nouveau, furent retrouvés et dégagés. Les extrémités périphériques effilées furent sectionnées franchement. Il en fut de même des bulbes centraux, de telle sorte qu'en définitive une brêche de 15 centimètres demeura entre les bouts de chacun des deux nerfs médian et cubital. Cette brêche fut comblée à l'aide de deux nerfs sciatiques de chien. On eut recours au nerf grand sciatique droit pour la perte de substance du cubital, au nerf petit sciatique droit joint au nerf péronier du côté gauche, pour la brêche du médian.

L'un de nous préleva les greffons en menant des incisions libératrices parallèlement au nerf mais à une certaine distance de son trajet variant d'un demi cent. à 3 cent. Ces greffons furent recueillis avec tout le tissu périnerveux (gaine plastique qui est particulièrement abondante pour le nerf sciatique du chien) et placés entre des compresses aseptiques. Ils n'y séjournèrent pas plus de dix minutes. L'un de nous appliqua le greffon d'abord au niveau du bout central après avivement sur une longueur de 15 millimètres, puis sur le bout périphérique de la même manière, les avivements en biseau étant en sens inverse, la juxtaposition fut maintenue par un seul fil à chaque extrémité du greffon; le catgut se résorbant trop rapidement on utilisa un tendon de renne. (Voir pour plus de détails le *Lyon chirurgical*, 1er décembre 1912, au chapitre déductions générales et les photographies des pièces anatomiques reproduites en cire pour illustrer à l'époque l'énoncé de la technique chirurgicale).

L'hémostase étant assurée la plaie fut complètement fermée sans drainage. Vers le troisième jour, il y eut un léger hématome qui put être évacué entre deux points de suture. Vers le douzième jour, les fils furent enlevés. Au bout de dix-huit jours, la cicatrisation était parfaite.

Voici maintenant le résultat fonctionnel. Le soir même de l'opération, le blessé présentait dans les doigts paralysés des secousses convulsives, et l'on ne fut pas peu surpris d'observer dès le troisième jour, au moment du premier pansement, des mouvements de flexion, d'abduction et d'adduction du poignet. Dès le cinquième jour, l'éminence thénar présenta de la sensibilité, et cette sensibilité gagna les jours suivants la face palmaire du pouce et les deux premières phalanges de l'index et du médius. Les pulpes des phalanges du médius et de l'index restèrent insensibles encore un mois. Le retour de la sensibilité dans le domaine du cubital n'était pas complet

La sensibilité existait en effet, au niveau de l'éminence hypothénar et sur le bord cubital du dos de la main, mais elle était absente au niveau de la pulpe de l'annulaire et des deux dernières phalanges du petit doigt, côté dorsal et côté palmaire. La sensibilité de retour était très vive et on pouvait la réveiller par le moindre contact, par le moindre effleurement. La thermoesthésie dans les régions sensibles apparut presque en même temps, c'est-à-dire que, dans le domaine du médian, elle s'était montrée dès la deuxième semaine.

En décembre 1912, ce malade ayant été revu, on a pu constater que la sensibilité était revenue entièrement dans le territoire du cubital, comme dans celui du médian. Il n'existait donc plus alors d'anesthésie. L'état moteur était resté imparfait, sans aucun progrès.

Le sens stéréognostique se révéla vers la fin du premier mois le malade pouvant, dès cette époque, apprécier une surface ronde ou carrée.

Quant à la vaso-motricité, dès le douzième jour de l'opération, elle fit son apparition. La main du malade fut désormais moins froide, et moins cyanosée.

Les résultats fonctionnels dans le domaine de la mobilité étaient les suivants :

Au niveau du poignet, la direction des mouvements et leur amplitude étaient normales ; le blessé fléchissait son poignet aussi bien qu'il l'étendait. Il pouvait le porter aussi facilement en abduction et en adduction.

D'autre part, il exécutait sans peine les mouvements de pronation et de supination.

Au niveau des doigts, la flexion demeurait très incomplète bien que relativement assez étendue. L'opposition du pouce ne se faisait que péniblement jusqu'au médius. (La déformation de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et l'atrophie des muscles thénar rendaient compte de cette difficulté).

L'opéré plaçait sa main dans la position horizontale et écartait les doigts assez facilement, mais il ne pouvait les rapprocher dans cette attitude, les doigts fléchissant alors involontairement.

Bref, les mouvements étaient esquissés, mais demeuraient tous incomplets. Le blessé pouvait néanmoins écrire, tenir un balai, son verre et exécuter certaines occupations qui lui auraient permis déjà de gagner sa vie dans une certaine mesure.

Au point de vue électrique, la sensibilité était complète pour le courant faradique comme pour le courant galvanique, et le blessé ne pouvait supporter un courant d'une certaine intensité. La réaction des muscles se produisait également dans le domaine des fléchisseurs et des muscles thénariens ; mais elle était faible.

Etat actuel

Nous nous sommes permis de relever en détails cette observation, car l'intérêt clinique est de pouvoir comparer l'état passé et l'état présent. Etre très précis dans les descriptions et les résultats opératoires, est la seule manière d'être utile pour l'avenir.

En septembre 1941, le blessé est revenu. Il est employé depuis 27 ans dans une entreprise de transports comme camionneur et conducteur de chevaux.

Pendant dix ans jusqu'en 1920-1921, il ressentait surtout l'hiver des secousses musculaires qui lui parcouraient le bras et qui se terminaient par des picotements en bouffées dans le bout des trois premiers doigts, et sur toute la longueur des deux derniers doigts, ou encore il ressentait des douleurs analogues à des coups d'aiguilles qui s'irradiaient depuis la cicatrice et s'arrêtaient au bout des doigts sous forme d'onglée. Les doigts bleuissaient à ce moment-là. Les quatre premiers doigts gonflaient. Le petit doigt était épargné, mais l'index devenait plus gros que le pouce, bien que le pouce lui-même fut œdématié.

Trois ans après la greffe, il présenta une ulcération torpide sur la face dorsale de la deuxième phalange du petit doigt qui s'installa sur une écorchure banale et dura un an.

Tous ces troubles disparaissaient à la chaleur.

Ils ne se sont plus manifestés depuis vingt ans.

A l'heure où nous écrivons, le blessé présente le tableau symptomatique suivant qui ne se serait pas modifié depuis vingt ans, dit-il.

Objectivement, le bras est de volume normal, on voit sur la face interne les deux cicatrices, l'une de double suture nerveuse et de ligature humérale, l'autre plus antérieure de pose de la double greffe. L'avant-bras apparaît comme raboté sur

sa face interne ; la saillie des épitrochléens et des muscles du tiers interne de l'avant-bras ayant particulièrement disparu. Ces muscles n'ont conservé que le tiers de leur volume environ. La main, plus rouge que la main gauche, est recouverte de téguments plus épais sur lesquels se voient d'anciennes cicatrices de brûlure. (Nous rappelons qu'entre la blessure et la pose des greffes, il s'est écoulé un an pendant lequel le blessé s'est brûlé plusieurs fois). Les plis palmaires sont effacés et remplacés par des plis sans topographie précise. Les doigts sont effilés ; on sent un épaississement aponévrotique le long de l'auriculaire et de l'index ; les doigts présentent des troubles trophiques discrets (cyanose).

Ce blessé ne présente pas de troubles d'ostéoporose.

Les os sont normaux des deux côtés, comme le montrent les radiographies, cependant, au niveau de l'articulation distale de l'auriculaire, il existe une arthrite chronique avec ankylose de l'articulation phalangine, phalangette.

Le blessé se sert de sa main pour les travaux de force, comme son emploi de camionneur et de conducteur de chevaux dans une entreprise de transports depuis vingt-sept ans en fait foi.

Il n'exécute plus de travaux fins depuis la même époque, c'est ainsi qu'écrivant de la main droite (comme le montre le spécimen de l'écriture de l'opéré reproduit dans le *Lyon chirurgical* du 1er décembre 1912), il s'est mis peu à peu, de lui-même, à écrire de la main gauche.

Subjectivement, il ne ressent plus aucune douleur spontanée et il regrette de ne pas avoir persévéré à se servir de sa main droite, car il l'a laissée « s'enraidir ».

L'examen moteur et électrique a été fait obligeamment par Mlle le Docteur Feyeux, le 24 septembre 1941, dans le service de clinique médicle du Professeur Froment ; en voici les conclusions :

Flexion de l'avant-bras sur le bras : normale. (Biceps, brachial antérieur et long supinateur se contractent avec énergie. Les muscles se dessinent sous la peau très nettement).

Extension de l'avant-bras sur le bras : normale.

Extension du poignet sur l'avant-bras : normale.

Extension de la première phalange des quatre derniers doigts : normale.

Extension du pouce : normale.

Abduction du pouce : un peu limitée, cependant on sent très nettement se contracter le long abducteur du pouce. La limitation paraît nettement d'ordre articulaire.

Flexion du poignet : impossible (ce n'est pas articulaire).

Flexion des doigts : ébauche de flexion des quatre derniers doigts, mais cette flexion est une flexion en bloc de tout le doigt, de telle sorte qu'on n'arrive pas à se rendre compte si cette ébauche se fait par les fléchisseurs profonds ou par les fléchisseurs superficiels.

Opposition du pouce à l'index et au petit doigt impossible.

Signe du journal sans valeur, le malade ne pouvant pas faire de prise forte.

Mouvements de latéralité des doigts : impossible.

Abduction du petit doigt : impossible.

Gros troubles physiopathiques consistant dans un blocage du petit doigt dans son entier et de la dernière phalange de l'annulaire.

Actuellement, thermicité moindre.

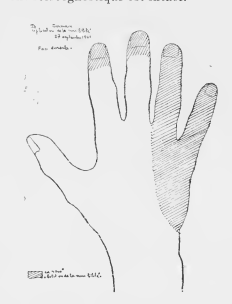
Examen électrique :

Inexcitabilité complète sans R. D. dans les fléchisseurs du poignet, des doigts, l'opposant, l'abducteur de l'auriculaire, les interosseux, l'abducteur du pouce.

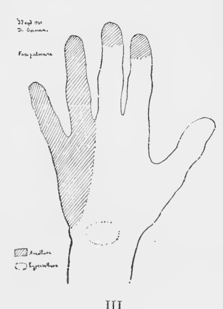
Réactions normales au faradique et au galvanique partout ailleurs.

Du point de vue vasculaire, le pouls radial est perceptible à droite, mais l'intensité des battements ne s'est pas accrue depuis trente ans. Le pouls cubital perceptible à gauche ne l'est pas à droite. On ne sent pas l'humérale droite au pli du coude. La tension artérielle sur le bras gauche et sur le bras droit est de 12/7. Sur l'avant-bras gauche, elle est de 12/7, sur l'avant-bras droit, elle est de 6 1/2 pour la maxima, et on ne peut noter la minima.

Du point de vue sensitif (voir schémas), il y a une anesthésie des deux derniers doigts, du quart interne de la paume et du quart du dos de la main, ne remontant pas au-dessus de la base de l'éminence hypothénar et de la phalange unguéale de l'index et du médius. Étant donné les callosités de la paume, on ne peut dire s'il s'agit des sensibilités grossières ou épicritiques. L'anesthésie tactile et thermique correspond à ces territoires, mais il s'agit d'une hypoesthésie plus que d'une anesthésie vraie. Le sens stéréognostique est intact.



On note la présence, enfin, de très légers fourmillements par la pression du tronc nerveux au-dessous de la lésion. Il existe cependant un centre de fourmillements douloureux au niveau de la première cicatrice de ligature vasculaire, c'est ainsi que la prise de la tension artérielle par l'intermédiaire d'un brassard manométrique qui empiétait sur la cicatrice a dû être douce.



III

Interprétation

L'interprétation de ces résultats doit être donnée dans ce qu'ils ont de contradictoire.

Ce blessé ne présente plus en effet le syndrome causalgique qui précéda et motiva la greffe.

Depuis vingt ans, il ne présente plus le syndrome névritique (si syndrome névritique il y a eu), qu'il a dû présenter pendant les trois ans qui ont suivi la greffe.

Le syndrome d'interruption nous semble incomplet, en ce sens que la greffe ayant été faite sur le cubital et le médian l'anesthésie est très partielle, la griffe bien qu'invétérée du fait

de la rétraction aponévrotique est ébauchée, et surtout il n'y a pas de réaction de dégénérescence dans les muscles fléchisseurs, et les muscles de la paume (thénar et hypothénar).

Connaissant l'atrophie musculaire, l'insensibilité, la dystrophie cutanée causalgique, et l'impotence paralytique de ce blessé après les deux tentatives de suture, avant l'applicaton des greffes, nous nous demandons ce qui revient à la ligature vasculaire dans les troubles trophiques qui restent encore, et quelle fut la part des greffes dans une restitution particulièrement notable. Ce résultat des greffes qui nous occupent étant incontestablement utile.

Plusieurs questions peuvent se poser :

Y a-t-il des séquelles motrices des traumatismes répétés, en un mot un syndrome de Babinski-Froment surajouté à un résultat incomplet des greffes ?

Est-ce que la section du bout central des deux nerfs audessus du neuro-gliome, faite pour l'avivement en vue de la greffe, a été la cause de la disparition du syndrome causalgique qui motiva l'intervention ? Comme certains auteurs, donnant une définition restrictive de ses résultats, nous estimerions que la greffe aurait pleinement réussi si elle a pu entraîner la disparition de la causalgie.

Nous attirons l'attention sur certains phénomènes qui peuvent se voir dans les heures qui suivent la réalisation d'une greffe : ce sont les fourmillements spontanés et des ébauches de mouvement. Nous pensons actuellement que ces phénomènes sont dus à des excitations mécaniques du bout central. Le bout périphérique et le greffon entraînent des tiraillements du bout central dans les mouvements du membre, ou lors des contractions des parois musculaires entre lesquelles le greffon se trouve placé.

Avec l'expérience du temps et d'après les multiples publications qui s'échelonnent depuis 1914, on voudrait, pour sa conscience personnelle, minimiser le résultat d'une telle greffe : elle était très longue (deux fois 15 centimètres), elle portait sur le nerf cubital et sur le médian de régénération si difficile, surtout le premier d'entre eux, enfin, elle était faite dans des conditions mauvaises, sur un terrain plusieurs fois infecté et trois fois remanié, pour des nerfs dont les territoires en l'occurence étaient atrophiés et en déséquilibre vasculaire. Cet équilibre s'est, du reste, mal fixé, la tension artérielle de l'avant-bras droit étant aujourd'hui deux fois moindre que la tension du côté opposé.

Ce sont de tels problèmes que posent fréquemment encore les tableaux cliniques résultant des greffes nerveuses.

On voudrait souhaiter que de tels problèmes soient de plus en plus rares, mais comme le dit R. Fontaine, dans un article récent, l'application des greffes ne peut pas toujours être immédiate. La réalisation clinique des greffes se fait dans des conditions qui dépendent rarement de notre entière volonté.

Chez notre opéré, l'anesthésie du cubital après s'être améliorée a régressé. Seul, le territoire du médian demeure comme il était en 1912 avec une sensibilité retrouvée et une mobilité sans réaction de dégénérescence, sans troubles trophiques, ni aucun phénomène douloureux. En conclusion, la pose des deux greffes a eu un résultat utile chez notre blessé qui avait eu cependant une ligature de l'artère humérale et des troubles physiopathiques avec causalgie intense et insupportable lui faisant réclamer l'amputation.

Nous sommes heureux d'avoir retrouvé ce blessé pour présenter la première hétéro-greffe vivante de nerfs faite en France, au moment où l'hétérogreffe vivante semble devoir bénéficier des plus larges indications.

BIBLIOGRAPHIE

DUROUX. — Greffes et anastomoses nerveuses. *Lyon médical*, 1911.
— Greffes nerveuses expérimentales. *Lyon chirurgical*, novembre 1911.
— Greffes et anastomoses nerveuses expérimentales. *Province médicale*, 7 octobre 1911.
MORAT. — Les greffes nerveuses. *Lyon médical*, 23 et 30 juin 1912.
PITRES. — Etat actuel de nos connaissances sur les transplantations et les greffes nerveuses. *Province médicale*, 1913, p. 479.
DUROUX et COUVREUR. — Sections et restaurations nerveuses. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1917, p. 515.
— Résultats éloignés expérimentaux et cliniques des sutures nerveuses. *Revue de chirurgie*, novembre-décembre 1917.
DUROUX. — Greffes nerveuses vivantes. *Revue de technique chirurgicale. Paris chirurgical*, janvier-février 1932.
LERICHE. — Les syndromes réflexes du neurogliome dans les sections nerveuses anciennes non physiologiquement réparées. *Journal de Chirurgie*, 1939, p. 304.
NAGEOTTE. — Peut-on améliorer le traitement des blessures de nerfs périphériques. *Presse medicale*, 1940, p. 761.
LERICHE. — Les causes d'échec des sutures nerveuses. Moyens d'y pallier. *Presse médicale*, 1940, p. 345.
R. FONTAINE. — Les indications thérapeutiques dans les plaies des nerfs récentes et anciennes. *Bulletin médical*, 23 mars 1940.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1942

Sur une nouvelle cause d'hydrargyrisme professionnel. — ***MM. R. Fabre* et *Ch. Lormand*.** — Pour provoquer l'ondulation dite permanente des cheveux, on chauffe d'ordinaire ceux-ci, après humidification et enroulement autour de bobines appropriees, grâce à un dispositif de chauffage électrique. Mais un procédé assez utilisé actuellement consiste à obtenir l'élévation de la température par une réaction chimique : l'oxydation de l'aluminium par l'eau en présence de chlorure mercurique. Les bobines de cheveux sont recouvertes d'une lame d'aluminium en contact avec un papier filtre imprégné de chlorure mercurique et mouillé, l'ensemble étant enveloppé d'un papier Joseph. Le dégagement de chaleur est très notable et il est accompagné de volatilisation de chlorure mercurique et de mercure en quantité suffisante pour que l'on puisse redouter le développement de l'hydrargyrisme chez les ouvriers coiffeurs travaillant dans une atmosphère ainsi polluée.

Les formes graves de l'appendicite chez l'enfant : appendicites gangréneuses toxiques. — ***M. H. Billet*** décrit une forme clinique, assez rare heureusement, de l'appendicite, qui se caractérise par son évolution assez insidieuse, qui contraste avec la gravité des lésions appendiculaires et la sévérité de l'évolution, même quand les malades sont opérés.

Les symptômes observés, l'action nettement efficace de la sérothérapie antigangréneuse permettent de penser que ces formes spéciales de l'appendicite relèvent d'un germe gangréneux extrêmement toxique, sur la nature duquel l'auteur compte poursuivre ses recherches.

Les maladies vénériennes aux armées pendant la campagne 1939 1940. — ***MM. Liégeois, Aujaleu* et *Sohier*.** — Les chiffres recueillis au cours de la campagne 1939-1940 montrent un taux relativement peu élevé de maladies vénériennes qui contraste avec l'importance des chiffres relevés, pour une période équivalente, pendant la guerre 1914-1918.

Traitement de la lèpre par le para-amino-phényl-sulfamide. — ***M. Chorine*** a obtenu de très bons résultats dans le traitement du mal perforant plantaire surinfecté chez le lépreux. Il a constaté de plus que le para-amino-phényl-sulfamide, utilisé localement, en injection dans les lépromes, possède une action thérapeutique très nette.

Typhus épidémique et puces. — De leurs études, ***MM. G. Blanc* et *M. Balthazard*** concluent que rien ne peut *a priori* permettre d'écarter la puce comme « vecteur vicariant » du typhus. Mais le pou, parasite strict, ne quittant point l'homme, ne piquant que l'homme, émettant ses déjections sur l'homme ou dans ses vêtements, doit, dans la nature, prendre le pas sur la puce, parasite ubiquiste ne restant jamais sur l'homme, émettant ses déjections loin de l'homme.

Sur un antagoniste de l'action dépresso-respiratoire de la morphine. — ***M. Raymond Hamet*** a extrait d'un nénuphar un alcaloïde qui excite si fortement le centre respiratoire qu'il en rétablit durablement le fonctionnement même après son arrêt par une dose toxique de morphine. On pourrait donc l'utiliser dans les syncopes respiratoires à la place de la lobéline cristallisée que les circonstances actuelles ont rendus presque introuvable.

Secret professionnel et fiscalité. — *M. Balthazard.* — rappelle que l'Académie s'etait opposé en 1934 à l'insitution du carnet de quittance ; il montre les inconvenients de celui qui vient d être créé ; et après avoir reproché au Conseil de l'Ordre de ne pas s'y être opposé, il propose à l'Académie d'adopter le vœu suivant :

« En 1934, l'Académie a protesté avec succès contre les mesures fiscales qui mettaient en cause le secret professionnel et aboutissaient à assimiler la profession médicale à une profession commerciale. Les mêmes mesures sont décidées aujourd'hui avec cette aggravation que les malades sont obligés de dénoncer leurs médecins et que les médecins sont invités à dénoncer leurs confrères. Seule pour défendre les médecins, à la suite de la carence de l'Ordre, l'Académie proteste plus énergiquement encore qu'en 1934 contre des mesures plus vexatoires pour les médecins et dont le bénéfice fiscal est plus qu'aléatoire ».

Ce vœu est renvoyé à une commission composée de MM. Besançon, Balthazard, Lemierre, Cunéo, Laubry, Lenormant, Laignel-Lavastine, Veau et Courcoux.

Séance du 24 février 1942

La recherche des bacilles de Koch dans les crachats par l'examen du contenu gastrique au cours de la période initiale de la tuberculose pulmonaire chez le jeune enfant. — *MM. E. Lesné* et *A. Saenz.* — Il n'est pas de tuberculose pulmonaire fermee chez l'entant, et même dès la période initiale, particulièrement chez les sujets de moins de deux ans, les bacilles de Koch sont fréquents dans le contenu gastrique.

Entre deux et cinq ans, la tuberculose pulmonaire apyrétique, non évolutive en apparence, avec image radiographique de complexe gangliopulmonaire, d'epituberculose etc. fournit des résultats positifs dans 1/5 des cas ; et parfois même la bacilloscopie gastrique montre la présence de bacille chez des enfants allergiques dont l'image thoracique est normale.

L'examen direct sur lames n'est pas suffisant, et mieux vaut avoir de plus recours à l'inoculation au cobaye et à l'ensemencement suivant le procédé de Saenz et Costill. Cette recherche doit être répétée, car l'émission de bacilles est intermittente ; la répétition de ces examens conduirait certainement à constater un pourcentage plus élevé de cas positifs.

Ce mode d'exploration vient compléter et confirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire, mais il n'est pas toujours facile à réaliser.

Suivant l'avis de tous les pédiatres, le diagnostic de tuberculose chez l'enfant doit être basé, avant tout, sur l s réactions cutanées allergiques, la radiographie et l'examen clinique. La cutiréaction de Pirket et la percutiréaction de Moro, celle-ci plus simple à réaliser et tout aussi probante, complétées par la radiographie, préférable a la radioscopie, permettent de découvrir les formes inapparentes et curables.

Bien que les jeunes enfants atteints de tuberculose à la période initiale soient pauci-bacillaires et ne crachent pas, l'arrivée des bacilles de Koch dans le contenu gastrique n'a pu se faire sans un passage pharyngobuccal à l'occasion d'une secousse de toux. Le risque de contagion pour d'autres enfants résistants, est faible, mais il serait imprudent de le mépriser pour des enfants fragiles, chétifs ou convalescents d'une maladie aiguë.

Ces constatations amènent les A. à souhaiter la réalisation des mesures suivantes :

Toute collectivité de jeunes enfants (pouponnières, crèches, préventoria etc.) doit : soit, comporter deux groupes distincts et isolés l'un de l'autre selon les résultats de la cutiréaction, soit, réunir seulement des enfants appartenant à l'un ou l'autre de ces groupes allergiques ou non, même en l'absence d'une recherche de bacilles dans le contenu gastrique.

De l'apport par l'air des bacilles tuberculeux dans les cavités naso-pharyngiennes. — *M. Le Noir* rappelle ses recherches, faites il y a plus de vingt ans et qui lui avaient permis de mettre en évidence la presence de bacilles tuberculeux dans les mucosités naso-pharyngiennes d'individus en contact journalier avec des tuberculeux, M. Le Noir admet cependant, dans un petit nombre de cas la possibilite de l'introduction par l'air des poussières bacillifères dans les voies aériennes supérieures.

Bacille de Koch urinaire et tuberculose rénale. Les enseignements de l'urétéro-pyélographie retrograde. — *M. Maurice Chevassu,* rapprochant la tuberculose renale de la tuberculose pulmonaire. établit d'abord que la découverte du bacille de Koch dans les urines, qu'un bon laboratoire decèle en moyenne dans 90 % des cas de tuberculose rénale, permet d'affirmer l'existence d'une lésion tuberculeuse de l'appareil urinaire. Il ne croit pas à la réalité des éliminations bacillaires sans lésion effective du rein ; du moins en cherche-t-il en vain, depuis vingt ans, un exemple indiscutable.

Les lésions tuberculeuses de l'appareil génital mâle : prostate, vésicule, épididyme, sont habituellement consécutives à une tuberculose rénale. Il est probable que la tuberculose génitale a rarement une autre origine. Les deux tuberculoses coïncident de façon manifeste dans les deux tiers des cas au moins. Mais sur seize malades atteints de tnberculose génitale avec urines claires paraissant cliniquement indemnes de tuberculose rénale, M. Chevassu a pu, grâce à l'urétéro-pyélographie rétrograde, déceler une tuberculose rénale chez neuf d'entre eux ; elle restait douteuse chez les qualre autres.

L'absence de bacille de Koch dans l'urine des tuberculeux rénaux est habituellement due à un processus d'exclusion plus ou moins complet qui transforme la lésion tuberculeuse primitivement ouverte en une lésion secondairement fermée. Il n'y a pas cliniquement de tuberculose fermée d'emblée. Anatomiquement, la tuberculose rénale est papillaire presque immédiatement après l'arrivée au rein du bacille de Koch par la voie sanguine, c'est-à-dire qu'en pratique on doit la considérer comme ouverte dès l'origine.

L'exclusion des lésions peut être incomplète. La caverne, qui ne communique plus avec les voies excrétrices que par un pertuis etroit, ne crache alors que de temps en temps son pus et ses bacilles dans l'urine, où l'on a pour cette raison peu de chances de les découvrir. L'urétéro-pyélographie rétrograde, qui fait pénétrer sous une pression suffisante le liquide opaque dans ces étroits pertuis, permet au contraire de déceler ces lésions.

La recherche du bacille tuberculeux dans la primo-infection de l'adolescent et de l'adulte. — *M. A. Courcoux.* — Dans la très grande majorité des cas les sujets ne toussant pas et ne crachant pas, on considère pour cette raison qu'ils ne sont pas contagieux et on n'a pas fait chez eux des investigations aussi poussées que chez l'enfant. On a constaté cependant dans certains cas, et en particulier dans l'érythème noueux, des bacilles par le tubage gastrique chez l'adulte, sans qu'il y ait aucune lésion pulmonaire décelable. Il y aurait intérêt à étendre ces recherches surtout dans certains types cliniques de primo-infection, et chez certains sujets dont l'âge ou les circonstances de vie laissent craindre une évolution à plus ou moins longue échéance vers la tuberculose-maladie. M. Courcoux examine les cas où ces recherches paraissent plus indiquées et il pense qu'on pourrait tirer des renseignements précieux pour le problème si important du pronostic de la primo-infection. La recherche des bacilles peut enfin permettre un dépistage précoce des lésions évolutives qui parfois s'installent d'emblée ou suivent de très près la primo infection.

Intérêt de la recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique de l'enfant. — *MM. R. Broca, S. Thieffry* et *L. Costil* rapportent le résultat d'une étude portant sur 195 enfants tuberculeux de la Clinique des Enfants-Malades. Dans les cas de tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique les résultats les plus intéressants sont donnés par l'étude des enfants allergiques depuis plus ou moins longtemps et porteurs d'un foyer initial. Une fois sur trois le lavage gastrique contient des bacilles. Fait particulier, même quand l'examen le plus approfondi clinique et radiologique ne peut déceler la moindre anomalie, les auteurs ont pu mettre en évidence exceptionnellement d'ailleurs, le bacille tuberculeux dans le liquide de lavage gastrique. Cependant les auteurs concluent que l'enfant tuberculisé, s'il est réellement porteur d'un foyer tuberculeux ouvert, n'est en réalité pas, jusqu'à plus ample informé. un disséminateur de bacilles parce qu'il ne tousse pas et n'expectore pas.

Les nerfs diaphysaires des os principaux des membres. — *M. G. Lazorthes* a constaté l'existence constante des nerfs diaphysaires, leur disposition relativement fixe et leurs rapports frequents avec les nerfs vasculaires.

Une connaissance plus précise des nerfs diaphysaires des os principaux des membres serait peut-être, dit-il, la base d'application, et même d'intervention dirigées directement sur ces nerfs dans les cas où jusqu'à présent on ne s'adressait

qu'au sympathique périartériel (ostéoporose traumatique, troubles de la formation du cal).

Election de deux correspondants nationaux dans la deuxième division (Chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales. — Classement des candidats. — En première ligne : MM. DE FOURMESTREAUX (de Chartres) et PORTMANN (de Bordeaux).

En deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. FIOLLE (de Marseille) ; GUYOT (de Bordeaux) ; JACQUES (de Nancy) ; JEANNENEY (de Bordeaux) ; LEPOUTRE (de Lille).

A la première élection, M. DE FOURMESTREAUX est élu par 38 voix, contre 7 à M. LEPOUTRE, 6 à M, JEANNENEY, 2 à M. PORTMANN, 1 à M. FIOLLE.

A la seconde élection, M. PORTMANN est élu par 49 voix, contre 2 à M. GUYOT, 2 à M. JACQUES, 1 à M. JEANNENEY, 1 à M. LEPOUTRE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 février 1942

A propos des ostéosynthèses des fractures de la diaphyse fémorale. — ***M. Sénèque*** a fait en 1939 un article concernant l'allègement par tractions continues légères des ostéosynthèses par plaques.

M. Leriche préfère une ostéosynthèse par plaque correctement vissée suivie d'un plâtre.

M. Merle d'Aubigné se contente pour les fractures récentes d'une simple intervention suivie de réengrénement, faite sur l'attelle de Braun et sous traction. Dans les fractures anciennes, il y associe l'ostéosynthèse.

Infarctus de l'utérus. — ***MM. Eltrech*** et ***Mutricy*** apportent un cas d'infarctus utérin par injection d'eau savonneuse. Hystérectomie suivie de guérison. Il y avait dans leur cas des lésions d'infarctus, d'œdème, de thrombose et des abcès sous-séreux. La clinique ne permet pas souvent un diagnostic plus precis que celui d'infarctus seul. (Rapport de J. GOSSET).

Hématocèle thyroïdienne. — ***M. Cadenat*** rapporte un travail de M. Hoffel sur ce sujet.

Arthrodèse de l'arrière-pied. — ***M. R. Massart*** propose d'enlever l'astragale, de modeler cet os et de le replacer sur la mortaise tibio peronière, selon le procédé appliqué chez l'enfant. Dans un cas de pied-bot de l'adulte, il a eu un excellent résultat. (M. CADENAT, rapporteur).

M. Richard ne pense pas que l'intervention soit originale.

M. Sorrel ne la considère pas comme indiquée dans les cas de pieds-bots.

Griffe par compression violente des muscles fléchisseurs. — ***M. Boudreaux*** a vu chez un malade une compression brutale de l'avant-bras entraîner la main en flexion et créer une fracture du radius. Dès l'accident, en quelques heures, se constitue une griffe en flexion typique avec vives douleurs, grosse tuméfaction de l'avant-bras et impotence de la main. Cependant les pouls radial et cubital demeurent perceptibles. Intervention : gros hématome sous-cutané, rien sous l'aponévrose, muscles sains et histologiquement normaux. Vérification des nerfs et des troncs vasculaires absolument normaux. L'acte opératoire amena un prompt résultat. Peut-être est-ce à l'importance de l'hématome sous-cutané que le rôle compressif observé doit être rapporté. L'auteur se demande si cette contracture ne peut être attribuée à un phénomène réflexe, bien qu'il n'y ait pas de lésions nerveuses visibles. Quoi qu'il en soit l'intervention précoce est toujours indiquée, ne pouvant qu'améliorer les résultats, même s'ils demeurent difficiles à prévoir. (M. PETIT-DUTAILLIS, rapporteur).

Œsophagectomie thoracique pour cancer. — ***M. Santy*** a repris les tentatives d'œsophagectomie pour cancer. Il faut opérer tôt avant que la dysphagie soit installée et en sériant les indications d'après l'état général. Après investigations destinées à connaître l'état anatomo-pathologique de la tumeur, on l'abordera par voie thoracique transpleurale. Pneumothorax pré-opératoire, pleuroscopie pour compléter les renseignements précédents. Anesthésie locale après scophedal, au besoin complétée par baronarcose.

Bien entendu le malade est préparé par une gastrostomie préalable. Dans les tiers supérieurs, abord par voie droite et ligature de l'azygos ; dans le tiers inférieur, abord par voie gauche. L'auteur étudie ensuite des détails de technique essentiels pour réussir cette intervention. Il apporte les résultats suivants : 81 % des malades n'ont pu être opérés pour des raisons générales ou locales. Il y eut cinq thoracotomies blanches et trois œsophagectomies sans aucune mortalité avec bonnes survies.

M. Merle d'Aubigné a fait une œsophagectomie mais le sphacèle du bout supérieur de l'œsophage entraîna une médiastinite mortelle. La striction de l'organe dans la boutonnière cutanée joue certainement un rôle.

M. Soupault a fait deux tentatives suivies de deux morts, dont l'une sur la table opératoire peut-être par voie réflexe pneumogastrique. Les indications sont très rares.

Gastrectomie totale. — ***M. Banzet*** conclut la discussion en insistant sur les précautions techniques : vérifier avant tout la longueur d'œsophage attirable dans la cavité abdominale. Faire la gastrectomie après section première du duodénum ; utiliser trois plans de suture œsophago-jéjunale ; fixer la bouche au péritoine diaphragmatique. La jéjuno-jéjunostomie complémentaire ne lui paraît pas indispensable. Une jéjunostomie d'alimentation peut être utile. L'emploi d'une aspiration duodénale par sonde de Wagenstren a certainement de l'intérêt. Il expose ensuite ses résultats et pense que l'intervention convient aussi aux gros ulcères calleux haut situés sur l'estomac.

Séance du 18 février 1942

Deux cas de rupture traumatique de l'artère axillaire. — ***MM. Chauvenet*** et ***Daraignez*** en apportent deux cas : l'un avec thrombose très étendue de l'artère au-dessous de la rupture, l'autre avec rupture secondaire à une réduction. Le premier cas nécessita une désarticulation, l'autre guérit par double ligature. M. Senèque pense préférable de faire une suture axillaire plutôt que de lier cette artère. Si elle est rompue au niveau de la scapulaire inférieure dans la zone dangereuse.

M. Wilmoth a eu un excellent résultat par la ligature simultanée de la veine et de l'artère. Le rôle de la ligature veineuse peut être importante dans le rétablissement circulatoire.

Action des plaques en métal pur sur la cicatrisation des plaies traînantes. — ***M. Ménégaux*** rapporte un travail de M. Chevallier qui a eu par ce procédé deux améliorations nettes et un echec, sans guerison cependant complète.

Méniscite temporo-maxillaire. — ***M. Dechaume*** communique trois exemples de cette affection, post-traumatique guéri par infiltration novocaïnique peri-temporale et péri-faciale. (Rapport de M. MÉNÉGAUX.)

Iléo-colo-recto plastie. — ***M. Bergeret*** a fait cette intervention selon la technique de J. Quenu et s'est occupé de suivre le devenir du segment d'anse intestinale grêle ainsi anastomosé : la transformation de l'anse en un néo-rectum s'est fait très complètement, donnant une fonction rapidement correcte.

Cancer du col de l'utérus. — ***Mme S. Laborde*** pense qu'il est encore beaucoup de partisans de l'opération de Wertheim. Si bien qu'au premier degré, on voit encore peu de malades aux centres de radiothérapie. Cependant les survies après cinq et vingt ans sont de 50 à 65 %, alors que la chirurgie ne donne que, au mieux, 35 % de survies. Les échecs de la radiothérapie à ce stade peuvent être infectieux (rare) mais en règle dépendent de récidives pelviennes ou ganglionnaires. Il est intéressant de noter la relative lenteur d'évolution de ces formes récidivantes. Les récidives tardives du cancer du col irradié semblent tout à fait rares. Depuis 1932 l'auteur associe systematiquement à la curiethérapie utéro-vaginale, la roentgenthérapie qui cherche à lutter contre l'essaimage néoplasique précoce.

L'infection microbienne a un rôle certain : diminuer la radiosensibilité peut-être, créer des accidents graves ensuite. La sulfamidothérapie, par voie buccale et générale, n'a pas permis de modifier la fréquence de ces accidents, d'autre part elle n'est pas sans danger. La vaccinothérapie ne fait rien non plus. L'électro-coagulation avant curiethérapie diminuerait peut être pour l'auteur la radio-sensibilité surtout lorsqu'elle est incomplètement faite. Les modifications de terrain quelles qu'elles soient, créent le plus souvent une radio-résistance.

Le rôle des variétés anatomiques et histologiques est certain.

Les formes bourgeonnantes sont meilleures que les formes ulcéreuses ou infiltrantes, (rares au stade de début). Cepen-

dant les degrés de sensibilité du cancer à la radiothérapie ne peuvent guère être appréciés par l'examen histologique. La classification en formes spino-cellulaires post-cellulaires, etc. n'est que grossière ; la proportion de formes intermédiaires est énorme et tous les aspects de transition existent. Les travaux étrangers et français affirment la difficulté de l'histologie, qui n'offre pas toujours les mêmes aspects aux différents points de la tumeur. Il semble que le type histologique ait plus d'importance pour la chirurgie que pour la radiothérapie.

L'influence de l'âge ne paraît pas jouer un rôle évident, malgré la gravité chez les jeunes sujets qui est certaine. L'organisation sociale du dépistage cancéreux permettra d'améliorer les résultats lointains.

M. Lambret expose ensuite les résultats obtenus au Centre de la lutte anti-cancéreuse du Nord.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 février 1942

Au sujet des cas de variole à Paris. — *M. Flandin* rapporte les mesures d'isolement et de prophylaxie qui ont été prises déjà à St-Louis. Il a été étonné de la quantité de vaccinations positives qu'il a pu observer : la proportion atteint les deux tiers des sujets vaccinés.

Dans les salles de femmes, plusieurs malades ont présenté un clocher fébrile avec céphalée, rachialgie, mais non suivi de phénomènes respiratoires, ni d'aucune éruption. Peut-être s'agit-il d'une réaction atténuée de variole.

Il termine en insistant pour que la revaccination soit faite en masse à Paris.

M. Decourt a observé également, lors d'une petite épidémie de variole, une élévation de température à 40° durant trente-six heures avec rachialgie, céphalée et une vesico-pustule sur le front.

M. Hallé. — Le vaccin actuel semble beaucoup plus actif et donne des réactions vaccinales importantes. Mais il est facile de faire tomber rapidement la température par une injection de 7 à 8 c. c. sous la peau de sang de vacciné.

M. Comby pense également que la proportion plus grande de vaccinations positives est due à l'activité du vaccin.

M. Huber, dans les écoles, a noté également beaucoup de réactions positives.

M. Comby. — Les enfants présentant une fièvre vaccinale notable n'ont pas des pustules plus importantes, mais plus précoces, au quatrième jour.

M. Flandin. — Il y a vraiment un accroissement de la sensibilité au vaccin, en dehors du vaccin lui-même.

M. Cathala souhaite qu'il y ait dans chaque hôpital un vaccinateur pour tous les entrants.

M. Fiessinger fait observer que cette épidémie est en partie attribuable à la négligence de l'Assistance Publique.

Diabète insipide. Action des diurétiques mercuriels. — *MM. Kourilsky, Laudat* et *Regaud* ont constaté une baisse importante de la diurèse chez un malade atteint de diabète insipide syphilitique par une seule injection de novurit. Parallèlement à l'action polyurique, se produisait une réduction analogue de la soif. L'action des diurétiques mercuriels serait de nature analogue à celle du régime déchloruré qui réduit la soif et la diurèse.

Chez l'homme normal, le triple effet des diurétiques mercuriels : polyurie, hyperchlorurie, augmentation de la soif peut être réalisé par l'injection intraveineuse d'une solution diluée de chlorure de sodium.

Effets comparés de l'ingestion d'eau et de sel. — *MM. Kourilsky, Laudat* et *Regaud.* — Aucune différence essentielle ne peut être relevée entre le comportement d'un malade atteint de diabète insipide et celui d'un sujet normal : chez l'un et l'autre, on observe une élévation de la soif et de la diurèse. Seule l'amplitude des réactions diffère. L'organisme du diabétique insipide se comporte comme celui d'un sujet normal qui ingurgiterait des quantités d'eau excessives et les éliminerait dans l'urine.

Maladie d'Addison traitée par la greffe sous-cutanée d'hormone de synthèse. Des avantages et des dangers de la méthode. Présentation de malade. — *M. H. de Gennes.* — La greffe sous-cutanée d'hormone de synthèse constitue un progrès considérable dans l'étude des opothérapies endocriniennes, mais elle présente, du fait même de la permanence de l'action thérapeutique, des inconvénients et des dangers.

La malade présentée, grande addisonnienne équilibrée par 5 milligrammes quotidiens de désoxycorticostérone, a reçu après deux mois de ce traitement une greffe de 700 milligrammes d'hormone cristallisée. Après une poussée initiale d'œdème, tous les signes ont continué de s'amender et la pigmentation a entièrement disparu. Mais la malade a présenté des accidents dramatiques liés à des poussées d'œdème pulmonaires ne cédant qu'au régime strictement déchloruré. Mais celui-ci après six jours provoquait le retour des signes addisonniens. L'examen clinique et les dosages quotidiens montrent que chez de tels malades l'équilibre de l'eau, du sodium et du chlore est extrêmement précaire et doit être surveillé de très près.

La permanence des greffes crée un danger certain de poussées hyperhormonales graves. Aussi la méthode doit-elle être étudiée de très près et cèdera peut-être le pas à des procédés plus simples tels que l'assimilation perlinguale à l'aide de solvants appropriés dont l'auteur a déjà noté d'excellents résultats.

M. Mollaret a observé chez une myasthénique des accidents graves d'œdème aigu du poumon à la suite de doses importantes de cortine de synthèse.

M. Justin-Besançon. — Les variations de tension artérielle sont en partie fonction de l'équilibre chloruré et on note une extrême fragilité de cet équilibre chez ces malades.

Résultats de la péricardectomie chez deux adolescents atteints de péricardite constrictive. — *MM. A. Bergeret, J. Lenègre* et *S. Thieffry* rapportent l'observation de deux adolescents de 20 ans atteints d'une péricardite chronique constrictive qui donne lieu à des troubles circulatoires particulièrement graves chez le premier malade et à un infantilisme. La péricardectomie partielle a donné les meilleurs résultats. Elle a fait disparaître l'anasarque et le syndrome de Pick, permettant la reprise d'une activité physique presque normale.

A propos de ces deux observations, les auteurs rappellent les difficultés possibles du diagnostic de péricardite constrictive à laquelle doit faire penser le syndrome de Pick : il faut alors chercher par l'examen radiologique les calcifications du péricarde et envisager l'acte chirurgical qui est le seul traitement efficace et dont les indications sont impérieuses lorsque l'affection prend un caractère évolutif et progressif.

C'est l'adiastolie qui joue le rôle essentiel, sinon exclusif, dans la genèse des troubles circulatoires des péricardites constrictives : la péricardectomie, même limitée, respectant les embouchures des veines-caves dans l'oreillette droite, suffit à faire disparaître l'ascite et les œdèmes des membres inférieurs.

Quant à l'infantilisme, qui semble bien s'être installé au moment où débutaient les lésions péricardiques, et qui a été favorablement influencé chez le premier malade par l'opération, il semble difficile de ne pas le considérer comme une conséquence du trouble cardiaque. Probablement est-il lié à l'hypophyxie générale, spécialement hypophysaire.

Remède contre les engelures. — Onctions avec la pommade suivante : moelle de bœuf crue, une once ; graisse de rognons de veau, deux onces ; miel et huile d'olive, demi-once de chaque ; camphre, demi-gros.

C'est Percy qui donne cette recette, en 1813 ! Mais où y a-t-il aujourd'hui de la graisse de rognons de veau et de l'huile d'olive !

La médecine du praticien, par Ch. Fiessinger. Un volume, 675 pages. Broché : 195 francs. Maloine, éditeur.

Le praticien se trouve journellement en face de situations complexes. Les renseignements qui lui sont fournis sur les bancs de l'Ecole ne lui permettent pas d'en dénouer toutes les difficultés. Ce livre a pour but de lui venir en aide, de lui permettre de se tirer avec succès des embûches de la carrière et de guérir ses malades. Un livre riche de l'expérience de toute une vie et qui se classe dès à présent parmi nos grands livres médicaux.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

La forme pseudo-tumorale des manifestations cérébrales de l'hypertension artérielle

Parmi les complications cérébrales de l'hypertension artérielle, la loi de fréquence désigne d'abord et avant tout les accidents en foyer du type hémorragie ou ramollissement. Mais il est d'autres accidents que leur relative rareté ne doit pas faire méconnaître et parmi eux ceux qui, par adjonction d'hypertension intra-cranienne, empruntent le masque clinique des tumeurs cérébrales.

La forme pseudo-cérébrale de l'hypertension artérielle mérite l'attention du médecin pour un double motif :

a) Etablir un diagnostic précis qui élimine la conjoncture tumorale et avec elle les espoirs légitimes de cure radicale, grâce à l'extirpation neuro-chirurgicale de la néo-formation ;

b) Instituer le traitement adéquat qui, s'il comporte des initives, doit s'entourer de sages précautions.

Un tel syndrome peut s'observer dans le cours d'une *hypertension artérielle banale* connue et bien supportée depuis longtemps ; il fait figure de flambée, de poussée évolutive du mal chez des sujets qui ont dépassé la cinquantaine. Mais il paraît être surtout l'apanage des *hypertensions dites malignes* frappant des adultes jeunes, brûlant les étapes et poursuivant un cycle évolutif implacable et relativement bref (2 à 3 ans au maximum).

Les malades viennent consulter pour *des signes d'hypertension intra-cranienne.*

La *céphalée* domine le tableau ; c'est un mal de tête intolérable, tantôt localisé à la région frontale, tantôt à la région occipitale, tantôt généralisé à tout l'encéphale. La douleur profonde, gravative, avec sensation de plénitude, ne cède qu'à de rares intervalles, elle persiste même la nuit, gênant le sommeil. Elle peut irradier vers le cou, la nuque. Elle s'accentue à l'effort, à la toux, aux mouvements de la tête que le patient porte précautionneusement sur un rachis cervical partiellement immobilisé.

Les *vomissements* de type cérébral surviennent sans efforts, que l'estomac soit vide ou plein ; se produisant le matin, ils ressemblent à des pituites glaireuses. Ils vont souvent de pair avec les paroxysmes céphalgiques.

Le troisième signe de la triade est représenté par la *stase papillaire*. Parfois, c'est en examinant systématiquement le fond de l'œil pour identifier de tels maux de tête qu'on la découvre. Souvent l'attention est attirée par des troubles fonctionnels de la vue qui évoluent depuis un certain temps et certains de façon passagère : éblouissements faciles à la grande lumière, diplopie, impression de brouillard plus ou moins épais devant les yeux sans systématisation dans les champs visuels, baisse assez rapide de l'acuité visuelle portant sur un œil ou sur les deux yeux, mais le plus souvent avec une prédominance unilatérale. Le fond d'œil montre *dans les cas purs*, une papille de stase typique soulevée en chou-fleur avec énorme œdème papillaire, veines dilatées et tortueuses. Absolument *rien ne différencie une telle image de celle de la stase tumorale la plus franche.* Dans d'autres cas, on note la concomitance d'exsudats et d'hémorragies importantes, de thromboses des veines rétiniennes, de lésions d'artérite et de périartérite ; de tels aspects que l'on peut qualifier d'*intriqués* sont davantage évocateurs du trouble circulatoire basal en faisant penser à la *papillo-rétinite brightique*.

Nous avons devant les yeux, un tableau absolument complet d'hypertension liquidienne intra-cranienne qui évolue depuis quelques mois seulement en cas d'hypertension artérielle maligne et dont les premières manifestations peuvent être plus anciennes s'il s'agit d'hypertension artérielle banale. Mais fait important à souligner, un tel ensemble *ne se corse d'aucun signe de localisation* comme nous l'apprend d'abord l'interrogatoire et comme nous le démontre la parfaite mutité de l'examen neurologique.

La clef du diagnostic est assurée par *les données sphygmomanométriques* qui mettent en évidence une hypertension toujours considérable oscillant entre 22 et 30 pour la maxima et 13 et 17 pour la minima, l'élévation de ce dernier chiffre offrant une plus grande stabilité.

Les renseignements fournis par le fonctionnement cardiaque ou rénal sont tout à fait contingents et leur variabilité est considérable. Les urines peuvent être normales ou au contraire albumineuses. L'urée sanguine oscille entre des taux normaux ou un peu supérieurs à la normale. Le cœur peut s'avérer sain ou défaillant avec des stigmates plus ou moins accentués d'insuffisance ventriculaire gauche. Rien de précis, comme on le voit, à ces deux points de vue.

En présence d'un tel syndrome, il convient toujours de se poser la question du *développement possible* (par simple coïncidence) d'une *tumeur cérébrale authentique* chez un hypertendu banal ; il faut aussi se rappeler que certaines tumeurs de localisation spéciale, certaines méningites séreuses de la fosse postérieure (Puech) inscrivent l'hypertension artérielle dans leur symptomatologie habituelle, d'où la nécessité dans certains cas de mettre en œuvre les moyens neuro-chirurgicaux modernes d'investigation pour préciser un tel diagnostic.

Dans la majorité des cas qui nous occupent, il apparaît que l'hypertension artérielle aboutit à l'hypertension intra-cranienne par le mécanisme de l'*œdème cérébro-méningé* comme le prouvent, d'une part, les résultats ventriculographiques (les ventricules latéraux sont petits, difficiles à trouver, l'air injecté passe souvent en encéphalographie), et, d'autre part, les constatations nécropsiques (gros cerveau avec engagement fréquent des lobes temporaux dans la fente de Bichat ou des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital).

Etant donnés les souffrances (céphalée), et les dangers (perte possible de la vision) provoqués par l'*hypertension liquidienne intra-cranienne*, c'est contre elle que la thérapeutique doit être dirigée.

Dans une première étape, purement médicale, on essayera les effets hypotenseurs des solutions hypertoniques et on donnera la préférence *à la voie intra-veineuse et au sulfate de magnésie.* On prescrira :

Sulfate de magnésie pur et anhydre...........	1 gr. 50
Eau distillée..................................	10 c.c.

pour une ampoule.

On injectera tous les jours ou deux fois par jour les trois quarts d'une telle ampoule et cela d'une façon très lente (4 à 5 minutes) pour éviter les accidents possibles de choc et cesser l'injection à leur simple menace. *Nous conseillons d'utiliser toujours une préparation éprouvée.* Si la céphalée est horriblement vive et si les circonstances le permettent (sujet à l'hôpital ou en clinique), on pourra répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures les injections intra-veineuses de 3 c. c. de la même solution.

Si les circonstances matérielles contre-indiquent l'injection intra-veineuse quotidienne qui peut être pratiquée durant de longues semaines — et reprise ultérieurement — on recourra *au lavement goutte à goutte* quotidien de :

Sulfate de magnésie......................	50 grammes
Eau bouillie	150 c.c.

Lavement à garder.

La voie rectale est moins active que la voie intraveineuse et peut rarement être empruntée longtemps, l'ampoule rectale irritée par le sel de magnésie devenant rapidement intolérante.

On peut remplacer le sulfate de magnésie, choquant par les injections intra-veineuses moins actives, mais non choquantes de sérum chloruré hypertonique à 30 pour 100 (une injection de 20 c. c. tous les deux jours).

Si les effets d'une telle médication hypertonique ne sont pas suffisants, on recourra *à la ponction lombaire évacuatrice* qu'on pourra répéter en série si le soulagement qu'elle apporte compense les risques rares, mais certains qu'elle fait courir *quoad vitam* (Riser). Retirer 15 c. c. à chaque ponction pratiquée en position couchée.

Si un tel traitement médical s'avère inopérant ou voit son efficacité disparaître, on *cèdera la place au neuro-chirurgien* qui, après ventriculographie (pour éliminer la tumeur possible), effectuera une trépanation décompressive type Cushing. On emploiera parfois la méthode du grand volet décompressif préconisée par notre maître Cl. Vincent dans les encéphalites pseudo-tumorales avec œdème.

On se rend compte qu'un *tel traitement est uniquement symptomatique* et seulement centré contre l'hypertension intra-cranienne. Il néglige l'hypertension artérielle. Ce n'est que dans des cas rarissimes où la *syphilis* se révèle en cause par la posi-

tivité des réactions humorales qu'on est en droit de mettre en œuvre — avec des chances de succès — le traitement spécifique seul (Dereux) ou combiné à la neuro-chirurgie (Dufourt). L'avenir nous dira si de tels malades ne sont pas susceptibles de bénéficier des acquisitions chirurgicales nouvelles concernant non plus seulement le traitement de l'hypertension intracranienne, mais celui de l'hypertension artérielle considérable qui est à la base d'un tel syndrome et *qui commande en définitive la grande sévérité de son pronostic.*

Dr J.-A. CHAVANY,
médecin de l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Valeur de la symptomatologie oculaire dans les anévrysmes carotidiens intracraniens

Les anévrismes carotidiens intracraniens figuraient, il y a peu d'années encore, au rayon des curiosités anatomiques. Grâce aux progrès de la neuro-chirurgie, la connaissance pratique de ces anévrismes a progressé et MM. Chavany, Daum et Samain (*Presse Médicale*, 28-31 janvier 1942), les envisagent dans les différents domaines clinique, diagnostique, étiologique et thérapeutique.

Ils insistent surtout sur la fréquence et l'allure spéciale de l'atteinte des nerfs oculaires, seule ou associée à l'atteinte d'autres nerfs et spécialement du V. La survenue d'hémorragies méningées d'apparence idiopathique rend encore plus vraisemblable l'hypothèse de tumeur vasculaire, mise en évidence par l'artériographie. La seul procédé efficace pour lutter contre son développement est la ligature carotidienne, qui est possible grâce au développement d'une circulation collatérale.

L'urographie par voie intraveineuse et la pyélographie. Leur place actuelle parmi les explorations urologiques

L'urographie intraveineuse, d'après MM. H. Pérard et M. Hickel (*Revue médicale française*, janvier 1942), mérite une place importante parmi les moyens d'exploration de l'appareil urinaire. Elle est un moyen de secours précieux dans les cas où le cathétérisme urétéral est impraticable, comme dans la tuberculose rénale avec vessie inexplorable, ou chez le jeune enfant. Elle pourra être utilisée également quand le cathétérisme présente des dangers, par exemple s'il y a des calculs immobilisés dans l'uretère ou encore à titre d'examen préliminaire quand les explorations instrumentales ne s'imposent pas.

La netteté des images obtenues par l'urographie intraveineuse est fonction de l'intensité de la sécrétion et de l'importance de la stase pyélo-urétérale. C'est pour favoriser celle-ci qu'on a proposé de provoquer le ralentissement de l'excrétion par la compression des uretères : un ballon de caoutchouc est placé sur l'abdomen du patient et différents clichés sont pris, au bout d'un temps variable : aussitôt après l'intraveineuse, quelques minutes plus tard, après décompression totale enfin en cas de coudures urétérales.

Mais il faut bien savoir qu'un rein, dont le bassinet et l'uretère sont peu visibles, n'est pas forcément un mauvais rein. On peut ne pas avoir la chance de prendre les clichés au moment du passage de la substance opaque.

D'ailleurs, l'urographie intraveineuse devra céder le pas aux explorations classiques (cathétérisme urétéral, pyélographie), dans la plupart des affections chirurgicales des reins, toutes les fois qu'on aura à poser des indications opératoires précises. Et dans ce domaine, il faut signaler le perfectionnement apporté à la pyélographie par l'emploi de l'oxyde de thorium qui permet de provoquer après l'évacuation du rein la formation d'images résiduelles, sous forme de taches d'aspect grumeleux, représentant uniquement les zones pathologiques de l'épithélium. Cette méthode permet de déceler des lésions invisibles à la pyélographie ordinaire.

Le danger de la sérothérapie systématique

M. Jean Gautier (*Archives méd. d'Angers*, décembre 1941), insiste, à propos d'un cas qu'il vient d'observer, sur la mithridatisation qu'entraînent les injections répétées de sérum qui rendent inopérantes les injections ultérieures pratiquées dans un but préventif et peuvent être la cause de l'évolution fatale de l'infection.

Seule la vaccinothérapie préventive pratiquée systématiquement permettrait d'éviter les inconvénients de la sérothérapie. En attendant qu'elle soit devenue courante, pratiquer la séro-vaccination préventive de Ramon en présence d'un accident nécessitant le traitement préventif du tétanos.

La réhydratation en chirurgie

M. Soupault (*Revue de chirurgie*, oct.-déc. 1941), insiste sur l'importance de la réhydratation chez les opérés et les traumatisés, à des doses très supérieures à celles consacrées par l'usage courant.

Les causes de déshydratation sont en effet multiples et s'exagèrent encore chez certaines catégories de malades chirurgicaux : les occlus, qui perdent des quantités extraordinaires de liquide secrété par le tube digestif, les choqués, chez lesquels se fait une transsudation du plasma, les brûlés, les fistuleux de l'appareil digestif, les ictériques rétentionnistes enfin, qui résistent moins bien que d'autres aux accidents de spoliation aqueuse post opératoire.

Le chirurgien doit restituer au plus tôt la masse liquidienne, et c'est *plusieurs litres* de solution qu'il faut ainsi introduire quotidiennement. La voie *intra-veineuse* est la meilleure, souvent la seule efficace. Il est préférable d'injecter lentement (quatre heures par litre) pour éviter des accidents passagers ou graves (choc, dilatation du cœur droit).

La qualité du liquide doit être décidée pour chaque cas particulier. Le sérum salé, favorable dans les occlusions surtout, répond à l'hypochlorémie. Sinon le sérum glucosé, diurétique, est préférable.

Mais surtout le plasma, supérieur par la présence de protéines, constitue la solution de remplacement idéale, qui peut être injectée dans toutes les espèces de choc sans jamais provoquer de réaction.

La transfusion du sang doit être réservée aux anémiés, c'est-à-dire aux hémorragies aiguës ou répétées.

Le problème thérapeutique des Wassermann résistants

M. Degos (*Archives hospitalières*, janvier 1942) envisage surtout les cas des vrais Wassermann irréductibles, c'est-à-dire résistant à un traitement intensif plurimédicamenteux et prolongé, en l'absence de tout repaire viscéral décelable.

Les traitements entrepris pour réduire les Wasssermann résistants sont de deux ordres.

1° Des médications non spécifiques destinées à modifier le terrain : c'est ainsi qu'on a utilisé les médications cholestérolytiques, les rayons ultra-violets. Ce sont plutôt des thérapeutiques adjuvantes, méritant d'être associées aux médicaments antisyphilitiques habituels. Il en est de même pour la pyréto et la malariathérapie.

2° D'autres essais ont été tentés dans un sens différent : ils consistent dans l'emploi de médicaments antisyphilitiques courants, mais avec une technique inhabituelle.

L'auteur a surtout obtenu des résultats intéressants par des cures de 120 à 150 injections quotidiennes successives de cyanure de mercure, suivies d'une série de 15 à 20 injections de bismuth soluble ou insoluble après un repos de trois semaines seulement. Les doses considérables de cyanure sont très bien supportées.

Lorsque tous les traitements ont échoué, la prudence exige la continuation indéfinie du traitement, type traitement de consolidation.

La pathologie cutanée devant les restrictions alimentaires actuelles

M. Sézary (*Presse médicale*, 11-14 février 1942) fait une remarquable mise au point des différents troubles cutanés attribués actuellement à notre alimentation défectueuse.

Il remarque d'abord que nous n'avons pas encore observé d'avitaminose typique à manifestations cutanées ; en effet la fréquence et le type insolite des engelures semble attribuable avant tout au froid précoce et au défaut de protection contre ce froid. Peut être l'apport de substances vaso-constrictives, comme l'ergot de seigle qui est en trop grande abondance dans notre pain actuel, jouerait un rôle, mais ceci n'est pas démontré.

Cependant les dermatoses par avitaminose sont toujours à craindre, car les restrictions deviennent plus sévères et les réserves de l'organisme s'épuisent.

Quant à la soi-disant gale du pain, elle n'existe pas et tous les malades venant consulter pour cette affection étaient en réalité atteints de gale parasitaire humaine.

M. Sézary note en effet une fréquence plus grande de la gale, des pyodermites et des eczémas microbiens. Par contre il y a une diminution du nombre des cas de dermatoses endogènes prurigineuses. Ce qui prouve que la désintoxication alimentaire des régimes restreints n'est pas dépourvue d'utilité thérapeutique.

Enfin les cas de tuberculose cutanée n'ont augmenté ni par leur nombre ni par leur gravité, contrairement à la tuberculose pulmonaire ; ces divergences s'expliquent par les conditions biologiques si différentes des deux affections.

G. G.

INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

Nomination des professeurs des Facultés de médecine. — Les professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section médecine) sont répartis pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en treize groupes :

1. Anatomie, histologie, embryologie. — 2. Physiologie. — 3. Clinique médicale. — 4. Pathologie, thérapeutique, pathologie exotique, maladies infectieuses, tuberculose, cancer, pathologie des voies digestives, médecine infantile. — 5. Pathologie chirurgicale, orthopédie, odonto-stomatologie. — 6. Clinique des maladies nerveuses et mentales, clinique neuro-chirurgicale. — 7. Dermato-syphiligraphie, urologie. — 8. Médecine légale, médecine sociale, hygiène et médecine préventive, déontologie. — 9. Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie. — 10. Obstétrique et gynécologie. — 11. Hydrologie, climatologie, bactériologie, parasitologie, matière médicale, pharmacologie. — 12. Chimie médicale. — 13. Physique médicale, électroradiologie.

Les professeurs titulaires des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section pharmacie) sont répartis, pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en deux groupes : 1. Histoire naturelle pharmaceutique. — 2. Pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.

Quelle que soit l'agrégation dont ils ont subi les épreuves, les professeurs sont placés dans le groupe correspondant à la nature de la chaire qu'ils occupent. (*J. O.*, 18 février 1942).

Faculté de Lyon. — Un institut de médecine et d'hygiène coloniales est créé et rattaché à la dite Faculté.

Situation des professeurs de clinique des villes de Facultés. — A titre exceptionnel, l'article 1 du décret du 8 novembre 1941 aux professeurs de clinique des villes de Facultés actuellement en exercice ; aux agrégés nommés antérieurement au 2 septembre 1939, s'ils accèdent comme professeurs titulaires aux chaires de clinique.

Comité consultatif d'hygiène. — Sont nommés (section des stations hydrominérales) : MM. Piery, Giraud, Chabrol, Aris, Pierret ; (section de la tuberculose) M. L. Pellissier ; (section d'hygiène industrielle et de médecine du travail) : MM. Leclercq, Mazel.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Leçons de technique opératoire* (avec démonstrations sur le sujet). — Une série de dix leçons aura lieu du lundi 16 mars au samedi 28 mars 1942, de 16 heures à 17 heures

Clinique médicale de l'Hôpital Cochin (Professeur Harvier). — Une série de conférences sur les « *Régimes alimentaires adaptés aux circonstances actuelles* », aura lieu le jeudi de chaque semaine (à partir du 16 avril 1942) à 20 h. 30 à l'amphithéâtre de la clinique. Ces conférences sont libres et particulièrement destinées aux médecins praticiens.

NÉCROLOGIE

Raymond Grégoire (1875-1942). — Mesuré dans ses gestes et élégant dans ses manières, l'allure un peu militaire, une grande cape blanche jetée sur les épaules, l'œil vif et la moustache légèrement relevée, tel nous apparaissait Grégoire lorsqu'il fut nommé aux Hôpitaux, tel il nous apparaissait encore dans son service de Saint-Antoine, toujours jeune et alerte, malgré la soixantaine.

Une triste maladie, une sorte d'engourdissement progressif de soi-même, plus pénible encore pour son entourage et ses amis que pour lui-même, le retenait chez lui et l'isolait depuis près de deux ans. Subitement il s'est éteint samedi, laissant à tous le souvenir d'une belle intelligence, d'un grand chirurgien et d'un grand cœur.

R. Grégoire était né en 1875 et fut reçu à l'internat en 1899. Elève chéri de Poirier que séduisait l'élégance de ses manières et de son esprit, il fut très vite prosecteur, chirurgien des hôpitaux et agrégé, nommé professeur de médecine opératoire en 1930 et titulaire de la Chaire de Saint-Antoine laissée vacante par Lejars en 1931.

Il publia un *Précis d'Anatomie* en trois volumes de texte et trois d'atlas, avec Oberlin, un *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, des travaux importants sur le traitement des anévrysmes, des plaies des vaisseaux, dont il avait vu tout l'intérêt à la guerre de 1914 sur les apoplexies séreuses du pancréas avec Roger Couvelaire, sur l'infarctus de l'intestin, surtout sur la splénectomie qu'il pratiquait avec succès et la chirurgie œsophagienne où il était passé maître.

Médecin, au sens le plus large du mot, autant que chirurgien, il n'hésitait point à demander au laboratoire tous les renseignements nécessaires à éclairer son diagnostic, et connaissait aussi bien l'hématologie que la physiologie, s'intéressait à l'hémogénie, au purpura, aux phénomènes vaso-moteurs et aux réactions de choc.

Il fut parmi les chirurgiens de l'époque l'un des plus savants comme aussi l'un des plus habiles. Comme le rappelait Cadenat dans sa leçon inaugurale, il opérait merveilleusement et simplement, et il alliait l'audace à la prudence, l'élégance du geste à la clarté de la démonstration.

Ses amis avaient pour lui une profonde affection ; beaucoup, et j'en suis, ont eu recours à sa science et à son dévouement. Et ses élèves, tous ceux qui le suivaient dans son service et lui donnaient sans compter leur collaboration, lui avaient voué un véritable culte.

Je me souviens avec émotion de cette séance de Saint-Antoine où, dès 1937, on lui remit, lors de son élection à l'Académie de médecine, cette belle médaille de Pillet où je vois son beau profil en écrivant cette courte notice. Elle fut pour nous tous une joie et pour lui un triomphe.

Au revers de cette médaille le grand couteau du chirurgien entouré d'autres instruments de travail, les pinceaux du peintre, le burin de l'artiste, le marteau du sculpteur dont il se servait avec talent à ses heures de délassement.

Hier encore nous arpentions ensemble cette belle propriété de Boissy d'où l'on domine la plaine et où il aimait à vivre, loin des soucis de la profession, au milieu de sa femme qui fut si admirable de dévouement et de ses enfants dont l'un est encore prisonnier et dont l'autre le quitta si vite et si douloureusement, où il eut tant de joies mais aussi tant de tristesse.

C'est à sa famille si profondément meurtrie que nous avons porté ce matin l'hommage de notre Faculté dont il était un représentant si brillant, si Français. C'est à elle, à sa femme, à ses fils, à ses filles que j'adresse aujourd'hui notre sympathie sincère et nos affectueuses condoléances. Maurice Loeper.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bezançon. — **Maladies de l'appareil respiratoire. (Précis de pathologie médicale).** Col. de Précis médicaux, 3e édition refondue. 74 fig., 34 pl., 854p. Rel. : 150 francs. (*Masson*).

Durel (P.). — **Les métrites du col. Etude anatomo-clinique. Nouveaux traitements.** 93 fig. 274 p. Br. : 85 francs. (*Masson*).

Durel (Dr Marc). — **La lutte contre les fléaux sociaux.** Coll. Documenter. Br. . 9 francs. (*Publications sociales agricoles*).

Fiessinger (Noël) et collaborateurs. — **Les déficiences vitaminiques et hormonales.** 10 fig., 292 p. Br. : 100 francs. (*Masson*).

Guiart (J.). — **L'école médicale lyonnaise.** 69 fig. formant 16 planches, 227 p. Br. : 70 francs. (*Masson*).

Gréhant (Dr Stéphane). — **La lutte antituberculeuse hors des grandes villes.** Coll. Documenter. Br. : 9 francs. (*Les Publications sociales agricoles*).

Lassablière (Dr P.). — **Manger pour vivre en bonne santé. Petite encyclopédie de l'alimentation hygiénique et gastronomique.** Un vol. 480 p., 95 francs. (*Maloine*).

Loeper (M.) et collaborateurs. — **Chimiothérapie.** 122 p. Br. : 45 francs. (*Masson*).

Negre (L.) et Bretey (J.). — **Vaccination par le B. C. G. par scarifications cutanées.** Coll. Médecine et Chirurgie. 10 fig., 104 p. Br. : 25 francs. (*Masson*).

ECHOS & GLANURES

Géophagie. — La bentonite, argile colloïdale douée de fort curieuses propriétés physiques, est utilisée aujourd'hui dans de nombreux domaines. La faculté qu'a la bentonite de gonfler dans l'eau de façon considérable en formant des gels stables et homogènes, la fait employer pour remplacer la gélatine (M. Déribéré, *Ann. d'Hyg.*, janv.-fév. 1942).

Elle a été proposée également pour la clarification des eaux troubles, du vinaigre, des liqueurs et du vin auquel elle permet de conserver son bouquet.

Dans un autre domaine, les gels de bétonite sont employés comme excipients de pommades, produits pharmaceutiques et cosmétiques. Ils sont en effet inertes et physiologiquement inactifs. Enfin c'est la même raison qui a fait préconiser la bentonite comme un substitut de l'huile alimentaire et elle permet de former des sauces vinaigrettes ou des mayonnaises de bonne tenue.

Et peut-être est-ce à cette argile que pensait Pline quand il parlait de ce mélange de terre blanche ramassée sur les collines voisines de Naples, et de froment, utilisé comme aliment par les Romains. Car, le principal gîte de bentonite magnésienne en Italie se trouve précisément dans l'île Ponza, en face de Naples.

On voit que la géophagie n'est ni une chose nouvelle ni une simple pratique de peuplades sauvages.

Tacite et les présages. — Exilé à Marvejols par le malheur des temps, M. Souques use de la lecture pour adoucir l'amertume des jours. Et c'est ainsi qu'en lisant Tacite, il a remarqué que les mots prodige et présage reparaissaient souvent, assez souvent pour leur consacrer une plaquette de 100 p. qui vient de paraître chez Rey, à Lyon.

Parmi les nombreux présages cités par Tacite, il en est quelques-uns qui touchent à la médecine et annoncent tantôt une maladie, tantôt une mort et tantôt une guérison prochaines : mort de Germanicus, d'Agrippine, fin de Claude, de Britannicus, guérison de Vespasien, tout avait été prédit, plus ou moins.

Tacite, dit M. Souques « ne croit pas que tout prodige indique une volonté céleste, ou annonce un évènement futur ; il croit même que la plupart des signes dits annonciateurs sont dus à des causes naturelles, fortuites ou non. Il sait, d'autre part, que les augures et les aruspices, les astrologues et les prophètes, chargés d'interpréter ces signes, parlent un langage obscur et ambigu, se trompent souvent et mentent quelquefois.

Et cependant il croit à la divination. On peut, de prime abord, s'étonner que l'écrivain de génie, que Bossuet appelle le plus grave des historiens, ajoute foi à la faculté divinatoire d'un aruspice ou d'un astrologue. Mais il ne faut pas oublier que cela se passait dans des temps très anciens, à la fin du premier et au commencement du deuxième siècle de notre ère, à une époque où les sciences physiques et naturelles étaient encore rudimentaires... Il ne faut pas oublier non plus que Tacite, respectueux de l'antique religion des ancêtres, était fort attaché à ses cérémonies et à ses rites, inséparables de la vie et de la politique du peuple romain ».

PETITES ANNONCES

Poste de médecin-propharmacien à reprendre dans l'Indre. S'adresser à Rouzaud, 5, route de la Châtre à Chateauroux (Indre).

Jeunesse et montagne, recherche jeunes médecins et dentistes pour le service médical de leur centre de montagne des Alpes. Conditions : être Français d'origine, docteur en médecine, ni israélite, ni franc-maçon, avoir satisfait aux obligations militaires, conditions d'aptitude physique sévères, traitement de 40 à 53.000 francs. Contrats de un an avec préavis de trois mois. S'adresser : médecin-chef, JEUNESSE ET MONTAGNE, 16, rue du Drac, Grenoble (Isère).

Matériel de stérilisation à vendre ; autoclave, etc. S'adresser 1, rue Tiphaine, Paris (XVe).

Seules sont acceptées les annonces ayant un caractère médical ou paramédical. Prix des insertions : 9 francs la ligne de 65 lettres ou signes (7 francs pour les abonnés au PROGRÈS MÉDICAL), *Les petites annonces se paient d'avance.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Correction des déséquilibres de l'innervation viscérale par l'infiltration anesthésique du splanchnique ou sa section [1]

Dolichocolon et mégacolon

Par le Professeur R. LERICHE

Ces deux maladies doivent, elles aussi, être étudiées du point de vue d'un déséquilibre de l'innervation. Mais à leur sujet se posent une série de questions que je voudrais d'abord examiner.

Relation de l'excès de longueur et de l'excès de calibre

La première question qui se pose, est de savoir quelles sont les relations qui les unissent, ou s'il convient au contraire de les séparer comme certains le veulent.

Evidemment, dans les cas extrêmes, dolicho et méga paraissent être morphologiquement deux maladies distinctes.

Le mégacôlon habituel a une symptomatologie voyante, qui débute au commencement même de la vie et, anatomiquement, il se présente avec des parois hypertrophiées.

A l'autre bout de la malfaçon, il y a des dolichocôlons qui ne sont que des côlons trop longs, à parois apparemment normales, ne donnant que des troubles relativement minimes et parfois seulement dans l'âge mûr.

Mais, il n'en est pas toujours ainsi. Et quand on regarde les faits d'ensemble, on est surpris de voir que les deux états sont moins séparés qu'on ne le dit, soit anatomiquement, soit cliniquement. Il y a fréquemment association de l'excès de calibre et de l'excès de longueur, soit sur le côlon sigmoïdien, soit sur d'autres parties du côlon. Il suffit de regarder en série des radiographies coliques pour s'en persuader. Combien y a-t-il de dolichocôlons totaux avec mégacæcum, ou avec augmentation du volume de tout le côlon droit ou des angles ? La chose est banale, et tout naturellement, dans leurs descriptions, radiologistes et chirurgiens associent souvent les deux termes « dolicho » et « méga ».

Au reste, quand on se demande ce que sont au fond ces états, on est bien obligé de reconnaître qu'en fait, « côlon trop long », cela veut dire « fibres longitudinales plus longues que d'habitude », comme « côlon trop large » signifie « fibres circulaires plus longues que normalement », et qu'il n'y a peut-être pas différence essentielle entre les deux états. Je sais bien que le problème n'est pas réductible à des lignes aussi simples, et que, dans un côlon trop large ou trop long, il n'y a pas que la question des fibres musculaires qui joue, que toute la paroi a plus d'étoffe que d'habitude, que la dystrophie est d'organe et non seulement de tissu. Mais, comme à notre point de vue la fonction musculaire est prédominante, il est naturel que nous pensions avant tout « fibres musculaires ».

De toutes façons, le problème doit être envisagé d'un peu haut, si on veut l'aborder comme il convient.

Revenons au mégacôlon.

Je disais tout à l'heure que méga et dolicho sont souvent associés.

On peut même se demander *s'il n'y a pas, toujours, dans le mégacôlon, type Hirschsprung, une très sensible augmentation de longueur précédant ou accompagnant l'augmentation de calibre.*

Qu'on pense à ces côlons énormes que l'on voit, sur les images des livres et dans les autopsies, remplir tout le ventre de leurs flexuosités, ou à ces volumineux côlons que l'on extériorise opératoirement par une minime incision qui permet une colectomie très étendue, n'enlevant cependant que l'S iliaque. Est-il possible de ne pas penser que ces mégacôlons ne sont pas eux aussi des côlons trop longs ? On en a mesuré qui comptaient deux mètres, le tiers de la longueur du grêle. On a fait souvent des colectomies sigmoïdiennes de 90 cent., de un mètre, et plus, alors que la longueur de l'S iliaque, chez l'adulte, est normalement comprise entre 20 et 50 cent.

Certainement, dans la maladie de Hirschsprung, on a eu l'attention trop exclusivement attirée sur l'excès de calibre qui a fait oublier l'excès de longueur.

Les radiologistes ont d'ailleurs l'habitude, dans le mégacôlon de moyennes dimensions, de signaler qu'il y a, dans le cadre colique, une anse supplémentaire. Cette anse, qui fait une sorte d'immense U renversé, n'est qu'une S iliaque trop longue. Quand on y introduit une sonde sous écran, on la voit monter verticalement d'un trait. Si elle est assez longue, elle va jusqu'au-dessus de l'ombilic, jusque sous le diaphragme parfois, atteignant même le niveau de l'angle gauche. Et quand on injecte alors la bouillie barytée, on la voit remplir une énorme anse médiane, dont l'ombre atteint le haut du ventre, puis, si la réplétion n'est pas trop pénible, on voit une anse descendre parallèlement à celle qui montait jusque dans

(1) Voir : *Progrès Médical*, 21 février 1942.

FEUILLETON

LE MONDE MÉDICAL PARISIEN IL Y A CENT ANS

Les théories et les systèmes

Les systèmes philosophiques appliqués à la médecine et prétendant la régenter se succèdent, au milieu du XIXe siècle, avec rapidité et aucun d'eux ne prouve quelque solidité. On sort du solidisme de Baglivi, émanation de l'iatro-mécanicisme. Celui-ci réduisait l'homme à l'action d'une simple machine et demandait aux sciences exactes la solution de problèmes qui, aujourd'hui encore, ne sont pas de leur ressort. Haller et Cullen avaient cependant introduit dans l'ensemble la notion de l'irritabilité.

On sait la fortune que celle-ci connut plus tard entre les mains de Broussais. Pour lui il n'y a guère que des maladies irritatives ; la spécificité n'existe pas dans le domaine pathologique (Bretonneau et ses élèves, Velpeau et Trousseau, se chargèrent vite de démontrer le contraire) et la plupart des affections dérivent de la gastrite et de la gastro-entérite. De là une thérapeutique des plus simplistes qui repose essentiellement sur la diète et les émissions sanguines. On peut cependant trouver dans Broussais une idée première de la doctrine humorale. Mais, en réalité, ce qui a fait la vogue de ce tribun médical, c'est le côté politique de son œuvre ; il est, sous la Restauration, un libéral, et c'est comme tel que la jeunesse des Ecoles l'a pris si volontiers pour chef. Les résultats de sa pratique, en effet, ne justifient pas (et notamment quand il eut à traiter des cholériques) le succès formidable qu'il connut pendant de longues années.

Broussais se posait surtout en adversaire de Pinel et de Laennec. Le premier avait bien été un faiseur de système, mais le second n'en avait créé aucun. Il avait édifié une méthode, ce qui est bien différent. Cette méthode, dite anatomo-clinique, veut rendre compte des symptômes par leur confrontation avec les lésions et par conséquent permettre de remonter des premiers aux secondes. On sait que la méthode anatomo-clinique n'a pas perdu sa vogue même au XXe siècle et que la pratique médicale actuelle ne saurait ni s'en passer ni renier les acquisitions qu'elle a permis de faire dans l'art de guérir. Sans doute a-t-il fallu, de nos jours, lui apporter des additions, reconnaître que les lésions ne représentent que la période d'état ou de déclin des maladies qu'il y aurait grand avantage à soigner plus précocement, admettre aussi qu'il est des maladies sans lésions d'organes, à moins de considérer, ce qui est d'ailleurs acceptable, les humeurs comme des tissus et notamment le sang, le liquide céphalo-rachidien, etc.

Face à face avec les systèmes qui dérivent plus ou moins de l'iatro-mécanicisme, sont venus se placer ceux qui relèvent de la doctrine vitaliste. Celle-ci, qui n'est que le prolongement des idées platoniciennes et aristotéliciennes, fait une distinction nette entre les phénomènes de la nature vivante

le petit bassin, puis remonter, toujours parallèlement et se continuer par un côlon descendant flexueux, ce qui veut dire trop long. D'habitude, elle ne peut aller plus loin. La sensation est trop désagréable, et on ne sait pas ce qu'il en est au-delà. Je l'ai souvent constaté sous écran. Mais j'ai vu aussi que si l'on pousse très lentement, on arrive à avoir d'extraordinaires images de distension des angles ou du transverse associées à un dolichocôlon sigmoïdien.

Peut-on dire qu'un côlon sigmoïde de cette sorte n'est pas trop long en même temps qu'il est trop large ?

Au fond, quand on y songe, dans le mégacôlon, la maladie n'est pas que des fibres circulaires. Elle est tout autant des fibres longitudinales atteintes du même trouble fonctionnel ou anatomique.

Et ce qui le prouve de façon presque expérimentale, c'est que, dans le mégacôlon, dit pur, quand il n'est pas arrivé au degré extrême des images des livres, lorsque les sympathectomies peuvent encore agir, en même temps que le calibre diminue, la longueur se réduit. J'ai vu disparaître ainsi, en trois mois, après sympathectomie lombaire bilatérale et ablation du plexus hypogastrique inférieur, une anse supplémentaire dilatée que je croyais définitive. Les radiographies en ont été publiées dans la *Presse médicale*, le 22 décembre 1937.

Orban a publié, en 1939, dans le *Liège médical*, une observation de même sorte : dix semaines après une sympathectomie lombaire, l'image d'un dolichocôlon avait pratiquement disparu.

Goinard qui a fait, lui aussi, des sections du splanchnique dans ces cas dit, également, qu'après splanchnicotomie, il a vu un dolichocôlon diminuer de longueur en six à huit mois et perdre ses sinuosités.

On retrouve le même fait sur les radiographies de Merle et Scott dans un mémoire qui date déjà de dix ans.

Qu'on ne s'étonne pas. On ne voit pas pourquoi les fibres longitudinales ne pourraient pas retrouver la possibilité de se contracter après une sympathectomie quand les fibres circulaires le font.

Le côlon trop large de la maladie de Hirschsprung, de toute évidence, est aussi un côlon trop long.

Et de même, dans beaucoup de dolichocôlons, il y a une augmentation de calibre plus ou moins localisée du cæcum du transverse ou des angles.

J'ai étudié à ce point de vue 19 méga ou dolichocôlons. En reprenant observations et radiographies, je trouve :

Onze cas mixtes où, nettement, la radiographie montre dolichocôlon et mégacôlon associés ;

Six mégacôlons type Hirschsprung, c'est-à-dire dolicho-méga-côlon sigmoïdien ;

Deux dolichocôlons totaux sans dilatation.

Qu'on ne dise pas que l'examen radiologique peut nous tromper aisément. Tous les radiologistes d'aujourd'hui et tous les chirurgiens savent se mettre en garde contre certaines apparences. Et, pour ma part, j'utilise souvent la simple insufflation d'air qui montre la même chose que le lavement.

D'ailleurs, la plupart des auteurs qui ont récemment étudié les rapports du dolichocôlon et du mégacôlon, pensent comme moi. Fedeli écrit que le dolichocôlon est « potensialmente » un mégacôlon.

S. Milone intitule une récente communication à la Société piémontaise de chirurgie (15 juillet 1939) « La neurochirurgia del megadolichocolon idiopatico », et dans le cours de son travail basé sur cinq observations, il prend nettement parti.

Pässler, dans sa monographie de 1938, écrit que pour lui dolicho et méga ne sont qu'une même maladie. Et il rapporte une observation très étudiée pour le montrer.

Mon interne, Michel Vassilaros, qui a étudié les radiographies de treize cas que j'avais opérés par sympathectomie, est du meme avis.

Albrecht, Hurst, Meyers ont rapporté des observations qui s'accordent avec les miennes.

On ne peut donc pas dire qu'il faut séparer complètement les deux états coliques et en faire deux maladies distinctes, à traiter différemment.

Au reste, thérapeutiquement, les uns et les autres réagissent bien aux interventions sympathiques, à condition que celles-ci soient ce qui convient ; ce qui tranche la question.

De la succession et association dolichocolon et mégacolon

Il y a au reste, d'autres arguments en faveur de la thèse uniciste. Ils sont fournis par les cas où l'on voit se succéder chez le même enfant dolicho- et méga.

Chez une de mes malades, âgée de 6 ans, une radiographie faite à l'âge de 4 ans avait montré un simple dolichosigmoïde. Il y avait, après lavement, une anse supplémentaire bien dessinée, sans dilatation. Deux ans plus tard, une nouvelle radiographie faite par le même radiographe, montra une forte augmentation de calibre et fit dire au Docteur Schaff « mégasigmoïde ».

Chez un autre de mes opérés, une radiographie faite à l'âge

---

et ceux de la nature physique. Parmi les adeptes de cette façon de voir, les uns considèrent que la « force vitale » est indépendante du corps et relève de l'âme ; les autres admettent, en même temps que le corps et l'âme, un troisième élément, une âme végétative qui s'oppose en quelque sorte à l'âme raisonnante, comme la *psyché* de Platon s'opposait à la *nous*. On sait que l'Ecole de Montpellier a toujours gardé l'idée vitaliste comme base de ses spéculations scientifiques et médicales. Elle vient d'avoir à l'époque dont nous parlons pour principal représentant Stahl. A ce moment, la doctrine de Broussais est à peu près abandonnée et d'autre part le vitalisme n'a, à Paris du moins, que des représentants assez pâles. Le dernier venu des systèmes est l'organicisme de Rostan qui admet un principe de vie, mais ne le sépare pas de la matière.

Tout cela est diffus, trouble, pas clair, non démontré, plus philosophique que médical et ce pathos commence à déplaire à tout le monde. Chacun pense un peu des systèmes en général ce que Claude Bernard devait dire plus tard de celui de Descartes : « Il posa un principe philosophique pour y ramener les faits scientifiques au lieu de partir des faits pour y rattacher *a posteriori* les idées qui n'en fussent en quelque sorte que la traduction ». Aussi un nouveau parti a-t-il surgi qui ne consent pas à s'enfermer, lui et le savoir humain, dans des cadres aussi rigides. C'est l'éclectisme qui s'appuie presque exclusivement sur des faits contrôlés : « La plupart des médecins éclairés ne se rattachent plus à aucune doctrine ; laissant en arrière toutes les hypothèses qui ont servi de base aux systèmes du solidisme, de l'humorisme, chimique, mécanique, et qui se sont succédé depuis tant de siècles, ils se déclarent éclectiques et rationnels, c'est-à-dire qu'ils empruntent tour à tour à chaque système les opinions les plus vraisemblables » (*Hygie*). Ils sentent surtout que ces vues de l'esprit, qui manquent de base réelle, sont sans doute un excellent exercice spirituel, mais sont parfaitement inutiles à qui veut vraiment et uniquement soulager ses semblables et, si la chose est possible, les débarrasser de leurs maux. Une bonne méthode est infiniment préférable, qui permette de se guider dans le fouillis des phénomènes et de déterminer lesquels sont d'importance, lesquels d'un intérêt moindre et sur quels fondements précis et non plus philosophiques et abstraits, il convient de faire reposer une médecine logique et rationnelle.

Mais des idées nouvelles surgissent, d'autres retrouvent un regain de faveur dont les promoteurs visent à remplacer les conceptions médicales de l'heure par des conceptions inédites ou tout au moins à associer celles-ci à celles-là. C'est le fait de la phrénologie, du magnétisme et de l'homéopathie. Tout cela est en marge de la médecine proprement dite, mais suscite un intérêt très grand et l'on peut voir des maîtres de la Faculté ne pas hésiter à descendre dans l'arène pour défendre..... ou combattre quelqu'une de ces nouveautés.

(*A suivre*) Henri Bouquet.

de 3 mois montre une S iliaque, verticale, très longue, très contractée, et une forte dilatation transverse et cæcale. Trois ans plus tard, des radiographies successives ne firent voir qu'un énorme mégacôlon moyen et descendant là où avant il n'y avait que spasme.

Il semble donc que le mégacôlon dit « essentiel » n'est qu'une variété de dolichocôlon, la variété sigmoïdienne à laquelle la stagnation habituelle des matières impose une modification tissulaire assez semblable à celle que l'on voit sur la paroi des estomacs en rétention habituelle.

Le problème de l'état des fibres musculaires dans les côlons trop longs et trop larges

Le vrai problème posé par l'étude des méga- et des dolichocôlons n'est donc pas celui de leur différenciation.

Il est de savoir quel est l'état réel des fibres circulaires et des fibres longitudinales dans ces états.

Sont-elles simplement étirées, allongées ? Y a-t-il hypertrophie effective, conditionnant une extension apparente ? A regarder de près les pièces de résection et d'autopsie, on ne saurait dire que ces fibres sont au maximum de leur allongement et proches de la rupture. Au reste, on ne voit pas la rupture. Et cependant, il y a des dilatations vraiment énormes, comme dans cette observation rapportée en 1874 par l'Américain Strong d'un jeune homme qui, constipé depuis l'enfance, resta huit mois et seize jours sans aller à la selle, et qui perdit d'un coup 40 pounds, soit près de 20 kgr. en évacuant son intestin.

Pour que ceci soit possible, il faut, sans conteste, que les fibres du côlon, aussi bien les circulaires que les longitudinales, soient naturellement plus longues que normalement.

Mais alors, comment cela se fait-il ? Il y a là un problème d'histogénèse non encore résolu, parce que inabordé, et qui est plus complexe encore du fait que l'état anormal est de la muqueuse et de la séreuse, et non pas seulement des fibres musculaires. Il doit y avoir une augmentation de substance tissulaire dont nous ne savons pas deviner le mécanisme.

Peut-être faudrait-il pouvoir l'étudier expérimentalement, c'est-à-dire sur des animaux auxquels on aurait produit un mégacôlon. Ce n'est pas impossible.

De l'association du mégacôlon avec d'autres dilatations d'organes

A ce propos, et à bien d'autres, un dernier fait doit être retenu par ceux qui cherchent à comprendre le mécanisme des dystrophies du côlon.

C'est l'association relativement fréquente de ces maladies coliques avec un mégaœsophage, un mégarectum, un méga-uretère, une mégavessie ou un mégabassinet.

L'association mégaœsophage et mégacôlon a été vue au Brésil et signalée récemment par de Luna et Laval, dans les *Archives de médecine coloniale*.

L'association mégacôlon et dilatation urétérale a été trouvée par Adamson et Aird, par Passler. J'en ai moi-même observé deux exemples. Il y avait mégacôlon, mégavessie et méga-uretère. Les uretères étaient trop longs et flexueux, ce qui n'est pas en faveur d'une distension. Santy m'a montré les radiographies d'un cas semblable. Dans un troisième cas, j'ai vu un dolichocôlon radiographiquement constaté chez un enfant s'accompagner d'une double hydronéphrose.

Ces associations sont d'un extrême intérêt. Elles permettent d'éliminer de la pathologie du mégacôlon, les causes habituellement invoquées, la malformation congénitale de la paroi, l'obstacle sphinctérien. Et, par contre, elles font penser à une cause générale, ayant agi *in utero* ou dans le première enfance sur un élément commun à tous ces organes. Quand on y réfléchit, cet élément ne peut être que sympathique inhibiteur aussi bien des fibres circulaires que des fibres longitudinales.

Qu'est cette inhibition ?

Se borne-t-elle à empêcher la contraction ? Est-elle un simple relâchement du tonus, comme la physiologie a plutôt tendance à l'admettre ? On peut se demander si la physiologie que nous montre la pathologie, ne va pas plus loin que cela. Le puissant cerveau de Bard, qui seul à ma connaissance, a vraiment discuté ce problème, a bien vu que l'*excitation artificielle des physiologistes ne donne pas la mesure des phénomènes naturels*. Quand il y a excitation sympathique permanente, les organes creux vont au-delà de la perte du tonus, si tant est que celle-ci soit intégralement possible. Ils se dilatent et s'allongent, comme on le voit sur les uretères dans les lésions de la moëlle ou dans les énervations expérimentales. Cette dilatation, nous avons tendance à la considérer comme passive, comme un fait mécanique. Nous disons uretère, vessie, intestin forcés. Et cependant, cet intestin forcé est susceptible de revenir, sinon instantanément, du moins assez rapidement, à une dimension normale, si la lésion nerveuse est corrigée. Cela ne va guère avec l'idée mécanique. Dans toute la pathologie, la chirurgie a trop aisément des conceptions mécaniques. Elle oublie la vie et ses actions, et je crois, soit dit en passant, que tout le problème de l'occlusion intestinale est à reprendre sous le jour du mécanisme nerveux pariétal.

Pour rester sur le terrain du côlon, il semble bien que dans le mégacôlon, il y ait autre chose qu'un phénomène mécanique de stase, puisque la dilatation est presque aussi marquée sur la branche ascendante de l'anse supplémentaire, que sur la branche descendante prérectale, alors que la stase n'est que recto-sigmoïdienne.

Effets de l'anesthésie du splanchnique et du sympathique lombaire sur le mégacôlon

Et ce qui semble bien le prouver, c'est le résultat des infiltrations du sympathique lombaire et du splanchnique, étudié sous écran dans le mégacôlon.

Soit un mégacôlon. Sous écran, nous le regardons vide. Le dessin est très visible d'une énorme anse verticale à parois épaissies. Nous mettons une sonde. Elle monte très haut, au-dessous de l'ombilic. Injectons de la baryte. Celle-ci vient s'accumuler vers le bas, monte peu à peu, dépasse la sonde, et commence à redescendre parallèlement. Bientôt l'anse supplémentaire est parfaitement dessinée. La douleur de distension est vive, mais elle ne provoque aucune ébauche d'expulsion. Cette atonie étant bien constatée, infiltrons le splanchnique gauche à hauteur de L1, ce qui atteint d'habitude le sympathique lombaire. Aussitôt, des contractions violentes apparaissent sur la branche iliaque du sigmoïde qui diminue de calibre et chasse son contenu dans le côlon descendant, dont le dessin apparaît plus ou moins flexueux. Puis la branche prérectale se contracte à son tour de haut en bas, diminue de moitié de calibre, chasse son contenu, prend l'aspect d'un sablier. Les contractions de véritables crampes sont visibles et sont efficaces.

Evidemment, on ne saurait parler d'intestin atone et d'intestin forcé.

Alors le problème de l'inhibition n'est peut-être pas un simple problème d'annulation du tonus.

Je voudrais faire remarquer, en terminant, que ceci se pose aussi bien pour les fibres longitudinales que pour les fibres circulaires, et que nous ne savons rien de l'effet de l'inhibition sympathique sur les bandes longitudinales du côlon.

Ce sont là les vraies inconnues de cette question si neuve sur laquelle je reviendrai tout à l'heure. (*A suivre*).

Viennent de paraître : La 3e édition de : **Les légumes de France** (Legrand, 50 fr.), par Henri Leclerc « notre grand phytothérapeute national ». — **Les influences méconnues,** (Larousse, 22 fr.), par le Dr Henri Bouquet, un livre nouveau, où l'on verra à quel point nous dépendons du monde où nous vivons. — **Etat et santé** (Sorlot, 20 fr.) où ont été réunies en conférences faites à l'Institut allemand par L. Conti, H. Reiter, F. Von Verschner, E. Fischer, A. Scheunert. — La 6e édition, refondue, de : **Medizinisches Worterbuch** (Enke, 11 mk80) (français-allemand et allemand-français) dictionnaire classique, dont la première édition parut il y a 40 ans.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la leiasthénie maladie de la fibre lisse [1]

Par le Professeur Maurice LOEPER

J'ai désigné avec M. Baumann sous le nom de léiasthénie un syndrome à la fois viscéral et vasculaire caractérisé par l'insuffisance de la fibre lisse.

Le mot est peut-être plus nouveau que la chose, mais il est expressif et définit pathogéniquement la chose.

Ce syndrome se place à côté de la myasthénie qui est l'atonie de la fibre musculaire striée, de la neurasthénie qui est la défaillance du système nerveux, de la psychasthénie qui est la défaillance psychique.

Je ne crains point d'y revenir aujourd'hui pour en envisager la clinique, la pathogénie et le traitement.

L'atonie digestive et la dilatation même de l'estomac ont perdu du terrain depuis que les sténoses pyloriques, le méga et le dolichocôlon et surtout la ptose sont devenus si fréquents à l'examen radiologique. Tout juste accepte-t-on que l'atrophie des muscles de l'estomac et de l'intestin puisse être consécutive aux lésions sous-jacentes, plus ou moins étendues des muqueuses, à des dégénérations et à des compressions des nerfs abdominaux.

L'atonie gastro-intestinale existe cependant et elle doit conserver son autonomie en dehors de toute lésion muqueuse ou nerveuse. Elle n'est ni la déformation congénitale ni la ptose. Les organes, pour allongés et disloqués qu'ils soient, n'abandonnent pas leurs points de contact habituels avec le diaphragme. Ils sont vraiment atones et ils se laissent forcer par l'insuffisance même de leur fibre lisse. Cette insuffisance n'est d'ailleurs pas limitée au tractus digestif, elle atteint à des degrés variables la musculature des artères et des veines, la musculature interne de l'œil, voire les muscles de la peau et des poils. De sorte que l'atonie gastro-intestinale n'est qu'un élément d'un grand syndrome d'atonie lisse auquel nous avons, avec Baumann, donné le nom de léiasthénie.

Sa symptomatologie est franchement caractérisée, mais sa pathogénie reste discutée et son traitement est souvent fort difficile.

Entre de multiples observations je choisirai un exemple concret et démonstratif.

Un homme de 30 à 40 ans maigre et fatigué, se plaint de malaises post-prandiaux plus que de douleurs vraies, malaises précoces, tardifs ou persistant au cours de la digestion.

Il a souvent des nausées mais pas de vomissements, un chimisme gastrique le plus souvent abaissé, exceptionnellement accru, une constipation que ne peuvent vaincre les laxatifs.

A la palpation, son estomac clapote toujours, et debout on le perçoit bas placé. L'intestin est chiffon et le clapotage cæcal est fréquent.

La radiographie montre un organe allongé presque en sablier, qui se contracte lentement et mollement, et s'évacue tardivement, un intestin, le plus souvent abaissé dans son segment transverse, et qui, fait curieux et paradoxal, s'évacue souvent assez bien, même rapidement dans la partie grêle, mais est très retardé dans sa progression colique.

La tension est faible : 10-8, la pupille dilatée, le réflexe pilomoteur tardif et discret.

Certes, à côté de ce type très général, il est des types d'atonie partielle atteignant spécialement l'estomac et même la vésicule dont le tétraiode décèle l'évacuation tardive ; des complications de toute ordre, des douleurs pyloriques qui dépendent de la coudure du duodénum, des duodénites cicatrices, de la mucorrhée, du météorisme et des pneumatoses localisées où l'atonie se complique peut-être de spasmes localisés.

Mais quel que soit le syndrome digestif, il s'y ajoute une forte hypotension artérielle qui est constante et en général inférieure à 10, une mydriase marquée qui est fréquente et une diminution ou une absence du réflexe pilo-moteur.

Je répète que la ptose se différencie de ces états par l'abandon de la position normale des organes, le dolichocôlon par l'allongement de certains segments du gros intestin, le mégacôlon par le volume énorme du côlon. Et dans toutes ces variétés pathologiques il faut signaler l'absence ou la rareté des signes vasculaires, oculaires ou cutanés.

***

La léiasthénie, parce qu'elle porte sur l'appareil lisse des viscères et des vaisseaux ne peut être due à l'hypotonie d'un système nerveux quelconque car les deux systèmes qui régissent les fibres lisses, le vague et le sympathique, ont chacun sur les fibres des viscères et des vaisseaux des actions opposées. Elle peut être attribuée à la défaillance du système autonome, ganglions et fibres qui constituent l'armature nerveuse de l'intestin, plexus d'Auerbach pour la musculature, plexus de Meissner pour la muqueuse. Elle doit être attribuée surtout à l'insuffisance même de la fibre lisse ou plutôt des fibres lisses de l'organisme. *C'est une maladie de la fibre lisse.*

On sait ce qu'est une fibre lisse. C'est une fibre allongée, fibrillaire sur ses bords, dont la contraction est presque toujours involontaire, au moins chez l'homme, et toujours plus lente que celle de la fibre striée. Cette contraction s'accompagne de modifications, parfois de déplacement des mitochondries, et de zones biréfringentes. Elle consomme du glycogène et fait de l'acide lactique, mais la consommation d'oxygène est moindre. La contraction est plus une variation du tonus qu'une contraction véritable.

L'ensemble des fibres lisses constitue dans l'estomac trois couches et dans l'intestin deux seulement, circulaire et longitudinale. Il représente la totalité de la mésartère, le muscle de l'iris et celui du poil.

Les fibres lisses ont un tonus propre dont le relâchement est l'atonie, dont la contraction est l'hypertonie ; celle-ci peut aboutir, surtout en des points nodaux : pylore, anneaux coliques de Cannon, Boehm, de Moutier, à des étranglements spasmodiques ; celle-là, sur des points limités à des dilatations localisées. Des fibres élastiques leur sont d'ailleurs associées, car elles ne sont pas élastiques par elles-mêmes. Les plexus sont certes unis au système nerveux abdominal, mais l'excitation du vague fait de la contraction viscérale et de la distension vasculaire ; l'excitation du sympathique fait de l'atonie viscérale et de la contraction des vaisseaux.

Pour expliquer la léiasthénie qui est une atonie générale, il faut donc bien invoquer un processus portant sur la fibre même ou sur l'ensemble neuro-musculaire de l'organe. Et c'est ce qui rend le traitement très particulier.

***

Bien entendu les amers, la solution de Mathieu, de Hayem ou de Bourget peuvent améliorer le fonctionnement gastrique ; les purgatifs salins, surtout les anthracéniques, qui sont léiotoniques bien plus que les huileux comme la paraffine, ou les plastiques, comme l'agar-agar, peuvent améliorer le fonctionnement de l'intestin ; l'adrénaline, l'éphédrine peuvent améliorer le tonus vasculaire.

On a bien pensé aux médicaments nervins mais aucun ne peut avoir, pour les raisons indiquées plus haut, une action complète, bilatérale et de même sens sur les deux ordres de symptômes, vasculaires et viscéraux. La pilocarpine, l'ésérine sont certes des médicaments du vague ; ils faciliteront la contraction gastro-intestinale et même la contraction de la vésicule, mais ils abaisseront la pression sanguine. Quant à l'adrénaline, l'éphédrine, elles tonifieront les artères, mais affaibliront les muscles des poils et de l'iris et surtout ceux des viscères.

Peut-être la strophantine, l'ouabaïne, la digitaline atteindront-elles ce double objectif souhaité, la strychnine et la noix vomique aussi, qui touchent à la fibre lisse, en quelque endroit qu'elle siège ; enfin et surtout l'ergot de seigle dont la composition complexe en acétylcholine, tyramine, ergotamine, histamine même, exerce une action favorable et totale.

(1) Leçon faite à la Clinique thérapeutique de l'hôpital Saint Antoine le 7 février 1942.

Mais, plus encore que ce dernier médicament, on peut et doit prescrire les *extraits post-hypophysaires*.

Depuis qu'on connaît mieux le fonctionnement de l'hypophyse on connaît mieux les syndromes qui traduisent son insuffisance. L'hypophyse est faite de trois lobes, dont l'antérieur a une action trophique, l'intermédiaire une action pigmentaire, le postérieur une action léiotonique.

Dans le syndrome même de la cachexie hypophysaire ou maladie de Simmonds, j'ai mis en valeur le syndrome digestif, complexe certes, mais où dominent l'atonie gastro-intestinale, l'hypotension et surtout la flaccidité, la passivité vasculaire. Sicard avait d'ailleurs déjà rapporté à cette insuffisance hypophysaire certains cas de varices associés ou non à la ptose.

L'hypophyse postérieure contient une vasopressine et une ocytocine. La vasopressine, déjà vue il y a vingt ans par Baudouin, serait mieux appelée *léiotonine*. Si, injectée à l'homme ou à l'animal, elle contracte les vaisseaux, elle augmente aussi, ainsi que l'ont vu Gaultier, Drouet, la contraction de l'estomac et de l'intestin, parfois très énergiquement.

Nous avons d'ailleurs décrit ces symptômes comme des éléments du syndrome hypophysaire.

Un de nos cas se rapporte à une jeune fille de 20 ans chez qui la maladie se manifesta d'abord par des phénomènes gastriques, puis biliaires et dont la tension était à 8-5, le métabolisme de base était à -30 et les règles avaient disparu.

Un autre à une jeune femme de 30 ans entrée dans la cachexie hypophysaire après une grossesse suivie de fortes hémorragies. Opérée d'appendicite, de coecopexie, puis de gastro-entérostomie, elle présenta un syndrome d'atonie gastro-intestinale, avec une tension de 9 et tous les signes d'amaigrissement, d'aménorrhée, de métabolisme qui traduisent la maladie de Simmonds.

Une autre encore qui fut aussi opérée d'appendicite, puis de gastropexie, dont le métabolisme ne dépassait pas -28 et dont les règles étaient nulles depuis trois ans. Une quatrième enfin, rapporté par Richet, qui fit sur un terrain de constipation ancienne tout un syndrome de Simmonds avec amaigrissement, métabolisme très abaissé à -50 et qui fut opérée pour un iléus paralytique.

Les trois premières ont guéri par l'absorption de glande antérieure et aussi par l'injection d'hypophyse postérieure associées ou non à l'isolement. Peut-être agissant plus tot aurait-on évité cholécystectomie, gastropexie, gastro-entérostomie, etc.

Ainsi nous trouvons-nous conduit à considérer le traitement hypophysaire comme particulièrement utile dans la léiasthénie. Je répète qu il sera fait surtout avec l'hypophyse postérieure qui agit sur la tonicité des fibres lisses plus qu'avec l'antérieure dont le rôle est surtout nutritif.

L'extrait de lobe postérieur semble avoir une action évidente sur la fibre lisse, autant des viscères que des vaisseaux. Deux de nos malades après deux mois de traitement avaient retrouvé une tension de 11-8 et des contractions gastro-intestinales normales. Ne sait-on pas depuis longtemps que les injections veineuses de lobe postérieur produisent une forte vaso-constriction ?

On voudrait pouvoir donner ces extraits par voie buccale ; malheureusement l'hypophyse postérieure n'agit que par voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Mais on trouve dans le commerce des ampoules de glande totale à 1/2 ou 1/4 d'hypophyse et même des ampoules de lobe postérieur contenant par centimètre cube 0,025 de lobe postérieur, soit 1/4 de lobe. La voie sous-cutanée est douloureuse. La voie intra-musculaire ne l'est pas et elle est efficace.

Grâce à cette médication opothérapeutique, la léiasthénie s'améliore, et mieux que par tout autre médicament, dans ses manifestations vasculaires et viscérales.

Elle est même le seul médicament qui agisse sur toutes les fibres lisses.

Les résultats sont suffisants pour prouver que la léiasthénie, maladie de la fibre lisse, est souvent due au déficit de l'hypophyse, qu'elle est même le syndrome à la fois vasculaire, cutané et viscéral de l'insuffisance du lobe postérieur.

BIBLIOGRAPHIE. — LOEPER (M.). La cachexie gastrique des hypophysaires, *in* Aux confins de la dyspepsie, p. 206-215. Masson et Cie, édit. 1940. — LOEPER (M.) et FAU (R.). Cachexie hypophysaire et anorexie mentale. *Monde Médical*, n° 888 du 1er octobre 1936. — LOEPER (M.) et BROUET-SAINTON. Le diagnostic de la cachexie hypophysaire. Anorexie mentale et insuffisance glandulaire par inanition. *Progrès Médical*, n° 41, 9 octobre 1937. — LOEPER (M.), LEDOUX-LEBARD (G.) et BRETON (P.). L'atonie artérielle au cours de la cachexie hypophysaire. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 7 mars 1941, nos 7-8.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1942

Complications de l'appendicite gangréneuse. — *M. Martel* a observé chez sa malade la plupart des complications classiques de l'appendicite gangréneuse. Le large drainage, l'emploi des vaccins, la sulfamidothérapie n'ont pas sensiblement modifié l'évolution des lésions (Rapport de M. HUET).

Paralysie radiculaire du plexus brachial. — *M. Huet* rapporte le travail de ***MM. Hugnier*** et ***Nardi***, concernant un syndrome de paralysie radiculaire du plexus brachial. On cherche à faire une ankylose du poignet et une arthrodèse de l'épaule. Malgré quelques incidents, les résultats sont favorables. La pathogénie de cette affection demeure encore bien mystérieuse : lésion des cornes antérieures de la moelle mais pourquoi et comment ? Une intervention sur les racines médullaires antérieures n'a donné aucun résultat.

Plaie du rectum par projectiles. — *M. Champeau* a observé deux cas au cours de 1940. Dans sa thèse sur les lésions d'empalement, il avait montré la nécessité d'étendre les indications de la dérivation des matières, acte essentiel du traitement qui permettrait peut être d'éviter la cellulite. En somme, outre la mise à plat de la lésion d'entrée évidemment capitale, il faut étendre les indications des déviations intestinales.

M. Welti rapporteur, oppose les plaies dues au pal et les atteintes par éclats d'obus ou projectiles variés.

M. Leveuf appuie sur l'importance de la dérivation qui est un acte excellent.

M. Rouhier en est également satisfait.

M. Welti pense que dans les plaies de guerre du rectum la mise à plat est plus facile et que les indications d'une dérivation des matières est moins fréquente.

Indications opératoires dans les fibromes de l'utérus. — Les hémorragies ne dépendent pas du fibrome ; elles sont d'ordre hormonal et doivent donc être soumises à la thérapeutique hormonale (***M. Desmarest***). On peut enlever certains fibromes, l'hémorragie persiste. Inversement l'hémorragie arrêtée par les rayons, le fibrome persiste. Si même on ne fait rien, les hémorragies s'arrêtent peu à peu, alors que le fibrome demeure. Le siège des fibromes n'influe guère sur la fréquence des hémorragies, et il est faux de dire qu'elles relèvent avant tout des fibromes sous-muqueux. Il faut incriminer l'existence d'une dysharmonie dans l'équilibre hypophyse-ovaire. régulateur de l'association folliculine-lutéine.

L'auteur envisage les différents aspects pathologiques des régulations hormonales. Il arrive à cette conclusion de l'indépendance entre les hémorragies menstruelles et le fonctionnement utéro-ovarien. Hémorragies et fibrome dépendent d'un même trouble hormonal. La thérapeutique des hémorragies chez les fibromateuses dépend de cette notion. La castration arrête les hémorragies, mais détruit l'équilibre hormonal de la femme. De plus l'hystérectomie est grevée d'une certaine mortalité. Raison de plus pour commencer par une thérapeutique hormonale, soit, antélobine à dose de 100 à 200 unites pendant les hémorragies (cette hormone agit par stimulation hypophysaire d'où : action sur les vaisseaux et le muscle lisse uterin) si échec faire une hystérographie qui montrera une dégénérescence néoplasique, l'aspect d'un polype etc... justiciables d'autres traitements. On a employé aussi les *extraits mammaires*, la *lutéine*, les sels de *testostérone*, avec des résultats qui prouvent le rétablissement de l'équilibre hormonal. Chez de telles malades il y aura intérêt à suivre la tension artérielle, la formule sanguine avec les résultats du traitement hormonal.

L'auteur conclut que les fibromes utérins ne saignent pas, les hémorragies chez les fibromateuses sont d'ordre hormonal. On voit qu'il n'y a pas d'indications hémorragiques à enlever l'utérus.

M. Métivet n'opère plus les fibromes qui saignent. Il y a d'ailleurs des fibromes qui saignent heureusement, soulageant leurs porteuses et leur évitant des accidents.

M. Sénèque demande quels sont les résultats du traitement hormonal et les échecs pour que l'on puisse se faire une opinion.

M. Sauvé s'oppose aux notions apportées par *Desmarest*. Les fibromes peuvent cependant saigner du seul fait de leur présence comme tout corps étranger intra-utérin. Il y a certainement intérêt à essayer de réduire l'hémorragie par les moyens hormonaux sans préjuger de la pathogénie de celle-ci.

Est-il dangereux d'opérer les fibromes chez les hypertendus ? L'avis d'un médecin est essentiel car les accidents fibro-cardiaques sont aussi fréquents que les gravido-cardiaques, et ces accidents cèdent après hystérectomie.

M. Brocq conteste l'absolu de la communication de *M. Desmarest*. Il est actuellement impossible de mesurer, de préciser les quantités d hormone folliculinique. Il n'existe en effet que des tests qualitatifs. Enfin il est faux d'affirmer l'indépendance de l'hémorragie et du fibrome : dans les fibromes sous muqueux malgré suppression radiologique des ovaires, l'hémorragie peut persister. En somme il est difficile de tirer encore des conclusions · le traitement hormonal des hémorragies fibromateuses donne-t-il des succès ? Là est le seul problème.

M. Rouhier met son espoir dans le développement des thérapeutiques hormonales qui éviteront les si lamentables castrations ovariennes. Il rappelle la différence entre l'hémorragie grave, justiciable de la chirurgie, car n'attendant pas, et les hémorragies lentes qui permettent l'hormonothérapie.

M. R. Monod pense que l'indication opératoire dans certains fibromes peut dépendre du degré de l'hypertension qu'elle améliore. La radiothérapie est souvent parfaitement efficace.

M. Mocquot pense qu'en effet il n'y a pas équation fibrome-hémorragie. Cependant quand il y a des polypes, ou des fibromes sous-muqueux, le lien n'est pas contestable. L'action des fibromes ne s'expliquera que lorsqu'on saura le mécanisme des règles normales ; on en connaît déjà un facteur utérin et un facteur vasculaire. Les hémorragies utérines dépendent de l'ovaire, mais le facteur essentiel est utérin.

Les résultats hormonaux sont certains mais non spécifiques, toutes les hormones agissent dans certains moments. L'hystérographie a un rôle préalable indispensable pour préciser les lésions intra-utérines.

M. Mondor est assez peu emballé par les résultats hormonaux ou physiothérapiques du traitement des fibromes. La chirurgie garde sa place qui est la plus grande D'ailleurs les statistiques en font foi : en effet elles n'accusent qu'une mortalité extrêmement faible de 0,15 %. Il faut rappeler que la mortalité classique n'est pas du tout actuelle. Il ajoute que les embolies ont été dans une statistique de 700 cas, presque exceptionnelles. L'auteur attribue ces résultats au traitement pré-opératoire (propidon, sulfamidothérapie) et à l'emploi de moyens de drainage très largement utilisés (Mikulicz en particulier).

M. Métivet pense que chez les fibromateux le traitement radio ou chirurgical augmente la tension artérielle.

En conclusion, *M. Desmarest* a cherché à fixer les règles du traitement hormonal des fibromes qui saignent. Il y a là un chapitre que la chirurgie ne suffit pas à combler.

Séance du 4 mars 1942

Rétablissement de la continuité de l'intestin après résection du rectum pour cancer. — *M. Finsterer*, sur 400 cas de néoplasmes rectaux, dont 327 furent opérés, a conservé le sphincter 229 fois. Il pratique volontiers la voie sacrée ou l'abdomino-sacrée. Les fistules de colostomie se ferment en général rapidement.

Kyste dermoïde du médiastin. — *M. Meillière* rapporte ce travail de Marc Iselin. Il s'agissait d'un kyste médiastinal déprimable par le pneumothorax préalable et qui fut enlevé en totalité par thoracotomie large par voie endopleurale et sous baronarcose. Excellent résultat.

M. Quénu se demande quelles sont les indications opératoires précises de ces kystes. Certains sont silencieux et ne semblent pas évoluer.

M. Meillière rappelle que dans le cas qu'il rapporte il y avait chez une jeune fille de 24 ans de sérieux troubles dyspnéiques et douloureux avec altération de l'état général.

Lipome arborescent du genou. — *MM. Basset* et *Le Brigand* ont observé des phénomènes douloureux évoluant par poussées successives sur le genou tuméfié d'une femme de ménage. L'examen montre qu'il s'agit d'une tuméfaction intra-articulaire donnant les sensations cliniques d'un lipome. La ponction ramène un peu de liquide citrin. La réaction de Hecht y est positive. L'examen histologique parle de lipome arborescent avec quelques follicules géants. Synavectomie par voie transrotulienne. Suites excellentes et durables.

M. Basset insiste sur le fait que cette lésion sous des dénominations diverses est assez fréquente. Elle peut être d'origine traumatique, mais on a évoqué aussi pour l'expliquer des étiologies diverses, tuberculose atténuée, syphilis, causes endocriniennes. L'aspect clinique est assez caractéristique, mais simule parfois la tuberculose.

L'intervention doit donner un large accès sur la synoviale mais sans sacrifier l'appareil ligamentaire du genou.

Diagnostic radiologique de l'infarctus intestinal. — *MM. Jean Patel* et *Pierre Porcher* apportent cinq cas d'infarctus vérifiés radiologiquement et chirurgicalement : image d'anse épaissie, inerte, figée, à contours épais et à distension régulière, de transparence normale, ou image plus opaque de type stercoral, dont on fixera la situation par l'encadrement baryté. Ces signes sont intéressants s'ils ne sont pas toujours constants.

M. Mondor étudie depuis longtemps avec Porcher les signes de l'infarctus : intestin figé, en boudin, épais, inerte, sans péristaltisme, aussi bien cliniquement sous un ventre non contracturé que radiologiquement. Quant aux guérisons des infarctus par les injections médicamenteuses, elles sont sujettes à caution : sur huit cas vus par Mondor il n'y a eu aucune guérison.

M. Moulonguet a fait une erreur de diagnostic en sentant cet intestin épais qui replié sur lui-même, simulait le kyste ovarien.

Fièvres post-opératoires (Discussion en cours). — *M. Ombrédanne* se demande quelles sont les lésions prédisposant aux accidents de pâleur-hyperthermie : tous les enfants a malformations congénitales superficielles ont bien vraisemblablement comme c'est la règle, des malformations profondes, cérébro-médullaires.

Le rôle du système nerveux autonome est bien probable : l'emploi de l'associ-association a diminué beaucoup les accidents post-opératoires.

Le rapport de la pâleur et de l'hyperthermie est certes variable. Bien souvent la pâleur précède l'autre signe. L'auteur s'est attaqué avant tout à l'hyperthermie. Mais on peut avec profit lutter contre la vaso-constriction périphérique en pratiquant une infiltration sympathique stellaire qui agira peut-être aussi sur le syndrome thermique.

M. Jean Quénu pense que pour parler de fièvres post-opératoires il faut qu'on ait absolument éliminé toutes les causes habituelles d'infection. Ceci fait demeurent deux causes : le catgut dont la stérilisation est médiocre et les boîtes instrumentales que l'étuve sèche aseptise mal.

Enfin il y a des foyers d'infection endogène qui peuvent essaimer lors de l'intervention. Donc difficulté d'étayer un diagnostic précis.

Il y a cependant des fièvres post-opératoires aseptiques. L'auteur en a vu s'accompagner d'un œdème cérébral indiscutable et d'une hyperémie marquée. Cet œdème traduit le déséquilibre vaso-moteur mais rien ne dit qu'il succède à l'hyperthermie ou qu'il lui soit lié. De nombreuses preuves en ont été apportées. Cet œdème et les hémorragies qui lui sont associées, l'anoxémie qu'il entraîne, influent secondairement sur les centres nerveux et sont sans doute responsables des troubles observés.

M. Soupault insiste beaucoup sur la réhydratation massive, forcée, qui lui paraît nécessaire pour lutter contre pas mal de cas de fièvres post-opératoires.

Séance du 11 mars 1942

Corps étranger traumatique du genou. — *M. Vilmoth* rapporte une observation de *M. Moiroud*. La synovectomie et l'ablation du C. E. ont donné un très mauvais résultat fonctionnel.

Infarctus intestinal. — *M. R. Bernard* à la radiographie a noté la paralysie des anses grêles dilatées, à niveaux liquides, dans un cas d'infarctus.

Abord des apophyses transverses des vertèbres cervicales. — *M. Desplas, Dubau* et *Castany* proposent une voie d'abord postérieure plus aisée que l'antéro-externe *MM. Sénèque* et *Monod* ont eu un accès facile par la voie habituelle.

Appendicites supurées et sulfamides. — *M. Denis* emploie avec succès les sulfamides dans les appendicites que par ailleurs il draine largement (*Métivet* rapporteur).

Angine de Ludwig et abcès centro-lingual. — *M. Moulonguet* recommande de rechercher toujours la conection suppurée dans la profondeur de la langue. On l'y trouve souvent et on guérit le malade. (Travail de *M. Verne*) *MM. Métivet* et *Fèvre* pensent que l'incision médiane est la meilleure en général chez l'adulte et chez l'enfant.

Fièvres post-opératoires. — *M. Petit-Dutaillis* insiste sur l'importance de la température ambiante qui peut créer de l'hyperthermie. Par ailleurs il cite des exemples confirmant la communication de *M. Gosset*. *M. Métivet* montre l'intérêt considérable de la réhydratation des opérés.

M. Welti partant de l'étude des accidents thermiques post-opératoires des basedowiens, insiste sur l'utilité du sérum glucosé pour réhydrater copieusement les malades. La prophylaxie tient avant tout dans la bonne préparation des malades. Il y a certainement un terrain endocrinien avec déséquilibre neuro-végétatif à la base des accidents d'hyperthermie.

Cancer du col de l'utérus. — *M. Moulonguet* présente certaines lésions pré cancéreuses, d'interpretation très malaisée, et qui font la transition avec des cancers véritables. Ceci mène à penser qu'on peut traiter prophylactiquement les états chroniques pré-cancéreux. D'ou l'interêt d'un dépistage précoce de manière systématique chez les femmes au voisinage de la ménopause, chez les métritiques, chez les syphilitiques, chez les prostituées etc.

La destruction des zônes dangereuses métaplasiques semble avoir donné de bons résultats, soit chirurgicalement (exérèse du col) soit par l'électro-coagulation large.

Pancréatite aiguë. — *M. Bazy* présente une radiographie d'urgence où le pancreas se trouve entièrement dessiné.

M. Mondor insiste sur la coexistence fréquente d'un épanchement pleural dans les cas de pancréatite aiguë hémorragique.

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 février 1942

L'action du régime déchloruré et de la restriction des liquides chez un diabétique insipide. — *MM. Kourilsky*, *M. Laudat* et *Mlle L. Corre* chez une malade atteinte de diabète insipide constatent que la déchloruration réduit la polyurie et l'ingestion de boissons, que la malade soit ou non soumise à l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ; simultanément le chlore plasmatique, et le chlore globulaire diminuent dans le plasma. Il semble que ce soit par l'intermédiaire de la soif que les variations de la polyurie se produisent. La soif apparaît chez le malade examiné, comme un facteur prédominant.

Les troubles de la concentration rénale en chlorure de sodium sont-ils la cause du diabète insipide? — *MM. R.* et *S. Kourilsky* et *Jean Regaud*, a la faveur d'une observation de diabète insipide et d'expériences comparatives faites chez le sujet normal, discutent la théorie qui tend à expliquer la polyurie insipide par l'existence de troubles de la concentration rénale. Les résultats cliniques et expérimentaux recueillis par les auteurs ne permettent pas de confirmer l'existence de ces troubles.

En effet le métabolisme du chlorure de sodium ne paraît pas modifié dans le diabète insipide ; le rein freiné par l'extrait hypophysaire concentre normalement. Il intervient en réalité dans le diabète insipide un facteur très important qui fausse toutes les recherches de concentration : l'addition de sel agit sur la soif qui augmente et par contre coup sur l'élimination urinaire qui s'accroît : il en résulte que le sel est éliminé dans les mêmes délais et dans les mêmes quantités que chez le sujet normal mais la concentration par litre est mauvaise parce que le sujet est contraint de boire davantage et d'éliminer davantage d'eau et non pas parce que le rein est déficient.

Le trouble de la concentration rénale des chlorures de sodium n'est donc qu'apparent dans le diabète insipide humain. Il ne saurait expliquer la polyurie insipide.

Présentation de malade : Péricardite calcifiante. *M. Lenègre* presente un des jeunes malades opérés pour calcification du péricarde, dont il a rapporté l'observation dans une séance antérieure.

M. Cathala ajoute qu'il avait eu l'occasion d'examiner ce malade, et devant l'existence d'une cyanose considérable, d'un gros foie il avait pensé à une symphyse tuberculeuse avec gros cœur ou d'une histoire hépatique primitive sans poser le diagnostic de péricardite calcifiante.

M. Lenègre. — Les calcifications sont parfois difficiles à voir sur les radiographies. Il faut aussi faire un examen radioscopique.

Hypertension artérielle paroxystique. — *MM. J. Huber, Kervarec* et *A. Corteel* rapportent deux cas d'hypertension artérielle paroxystique traités l'un par surrénalectomie bilatérale, l'autre par radiotherapie surrénale. Après traitement, l'hypertension n'atteignit plus les paroxysmes antérieurs. La surrénalectomie peut rendre de grands services, mais la radiothérapie, si elle est bien tolérée, a l'avantage d'être facile à réaliser.

Néphrose lipoïdique secondaire à un traitement aurique. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, F. Mauric, René Wolfromm* et *Gérard Guiot* rapportent l'observation d une femme non tuberculeuse qui, au cours d'un traitement chrysothérapique, a présenté un syndrome de néphrose lipoïdique, caractérisé par des œdèmes importants, une forte albuminurie, des corps biréfringents dans les urines, une hyperlipidémie avec hypercholesterolémie et une hypoprotidémie.

La sérine était notablement abaissée. La globuline était aussi abaisée : d'où la constatation d'un rapport $\frac{S}{G}$ normal.

Il n'y avait aucun signe d'insuffisance rénale : toutes les épreuves fonctionnelles étaient normales.

Ce syndrome de néphrose lipoïdique sous l'influence du régime déchloruré et de thyroïde à la dose de 0, 20. a évolué vers la guérison complète en quelques semaines : les œdèmes, l'albuminurie et les corps biréfringents ont disparu, les taux des lipides et des protides du sang sont devenus normaux. En même temps que le syndrome de néphrose lipoïdique disparaissait, aucun signe de néphrite n'apparaissait.

M. Bourgeois a rapporté un cas de néphrose lipoïdique secondaire à un traitement par la chrysalbine, chez un tuberculeux, avec une albuminurie massive, mais sans signe d'insuffisance rénale. Un petit syndrome de néphrite aiguë passagère n'a pas évolué ultérieurement, et ne s'est pas compliqué de déficit rénal.

Séance du 27 février 1942

Diagnostic de la petite vérole. — *M. Comby* rappelle le rôle qu'il a joué au pavillon provisoire des varioleux, à l'hôpital Saint-Louis, où l'isolement insuffisant rendait les erreurs de diagnostic souvent mortelles. Puis il précise l histoire de la variole de Louis XV, en 1774.

De la physiopathologie du diabète insipide. — *M. Kourilsky* pense que le diabète insipide serait dû à un dérèglement pathologique de la soif, beaucoup plus qu'à une polyurie.

Séance du 6 mars 1942

Hémopathie benzolique à symptomatologie dissociée. — *Mme Bertrand Fontaine* et *Mlle Brille* rapportent l'observation d'une intoxication benzolique latente, révélée, par une pneumonie franche qui suscita d'abord une réaction d'hyperleucocytose et secondairement une leucopénie avec granulopénie. L'action de l'infection sur l'hémopathie a donc été révélatrice, mais dissociée.

Infarctus pulmonaire à forme péritonéale. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, Merle d'Aubigné* et *René Wolfromm* rapportent l'observation d'un infarctus pulmonaire qui se manifesta au début par les signes d'une péritonite aiguë. C'est seulement après 24 heures que survint un crachat hémoptoïque qui permit le diagnostic d'infarctus. Les signes péritonéaux disparurent alors et les signes d'auscultation se précisèrent.

Cancer broncho-œsophagien. — *M. Ameuille* rapporte un cas de dysphagie œsophagienne, qui montra à l'autopsie une perforation broncho-œsophagienne entourée de végétations cancéreuses. De plus l'œsophage communiquait avec un abcès médiastinal rétro-cardiaque provenant de la perforation d'un abcès pulmonaire. Il était difficile de savoir si le cancer était primitivement bronchique ou œsophagien.

Diabète insipide à précession polydypsique. — *MM. Kourilsky, J. Sicard* et *J. Galey* rapportent un cas de diabète insipide traumatique, dans lequel le premier signe en date fut la soif.

A propos des œdèmes de carence. — *M. Roudinesco* rapporte des cas observés à l'hospice de Brévannes.

Sur l'épidémie de variole actuelle. — *MM. Célice, Blanchard* et *de Sablet* ont tenté un traitement sulfamidé (amino benzène sulfamido-thiourée 2255 RP) dont l'action sur la phase dite de suppuration a paru favorable.

Séance du 13 mars 1942

Avitaminose K chez le nourrisson. — *MM. Ribadeau-Dumas, Chabrun, Tardieu* et *Mlle Mignon* ont observé chez le nourrisson des hypoprothrombinemies, dues aux mêmes causes que chez l'adulte. Grâce à la vitamine K à très fortes doses, on obtient la guérison.

Le traitement de la myasthénie par la cortine de synthèse ; ses dangers. — *MM. P. Mollaret, J. Lereboullet, A. Grossiord* et *M. Rouzaud* rapportent l'observation d'une femme de 30 ans, atteinte d'une myasthénie typique chez qui ils ont tenté la thérapeutique par l'acétate de désoxy-corticostérone et des accidents brutaux d'œdème aigu du poumon obligèrent à interrompre la cure. Les auteurs soulignent les dangers du traitement de la myasthénie par la cortine de synthèse ; ils se demandent si la prostigmine ne pourrait pas être utilisée dans d'autres œdèmes aigus bronchoplégiques et notamment dans certains œdèmes aigus d'origine nerveuse.

Rations alimentaires actuelles et pellagre. — *MM. H. Gounelle, R. Mande* et *M. Bachet* comparent deux régimes énergétiquement equivalents, l'un déterminant de la pellagre en milieu asilaire et l'autre pas chez des citadins parisiens, alors que leur teneur réciproque en vitamine PP. totale est comparable.

La ration pellagrogène contrairement à l'autre présente un déficit caracterisé pour les protides et les lipides d'origine animale.

Ils pensent que d'autres carences, certains déséquilibres jouent un rôle dans l'établissement de l'anicotinose.

M. Justin Besançon souligne également l'importance de la carence en protides animales dans la pellagre

Spirochétose ictéro-hémorragique. — *MM. Marquézy* et *G. Richet* presentent une observation de spirochetose ictéro-hémorragique avec hématémèses importantes où la thérapeutique par la vitamine K eut une influence heureuse et aboutit à la guérison.

Séance du 20 mars 1942

Réticulose métaplasique maligne aiguë et leucose aiguë terminale. — *MM. M. Duvoir, G. Poumeau-Delille* et *Mlle Lindeux* rapportent l'observation d'une malade de 51 ans presentant une polyadénopathie de volume modéré avec fièvre et leucopenie ; les ponctions et biopsies ganglionnaires permettent de faire le diagnostic de réticulose métaplasique maligne. Puis le foie et la rate augmentent de volume ; une leucémie aiguë apparait, en même temps de nombreuses cellules réticulaires souches envahissent la moelle osseuse et le sang.

La réticulose métaplasique maligne évolue comme une maladie de système très analogue à une leucemie.

Méningite à staphylocoques dorés guérie par le sulfathiazol non méthylé ou 2090 RP. — *M. Nouail* (Alger).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1942

Recherches fonctionnelles et biochimiques sur des personnes agées. Leurs besoins alimentaires. — *MM. Léon Binet, Paul Castaigne Mlle Bochet* ont soumis à des investigations hématologiques, fonctionnelles et biochimiques onze sujets dont l'âge allait de 71 à 86 ans.

Ils ont enregistré chez la plupart une chute considérable du poids, quatre pesant moins de quarante kilos. Ils ont trouvé une diminution de la force musculaire (force de pression) mais une intégrité parfaite des fonctions cérébrales. L'examen de la pression artérielle, les explorations du sang peuvent ne déceler aucune anomalie.

Les auteurs trouvent chez les sujets âgés une dépense de fond dont la valeur moyenne est de 1.100 calories. Ainsi, simplement pour vivre, alors qu'il est immobile et ne lutte pas contre le froid, le vieillard a besoin d'environ 1.100 calories. Alors que sa ration alimentaire ne lui en fournit que 1.050. C'est donc lui, du fait de sa faible résistance au froid, qui souffre le plus des conditions actuelles du ravitaillement.

Le lait anonyme et le lait de qualité. — *M. Thieulin G.* — Le lait provenant des étables des « laitiers-nourrisseurs » situées dans le département de la Seine, présente, en général, plus de garanties hygiéniques que le lait anonyme, dit « pasteurisé vendu dans ce département. De plus, (mai-septembre 1941) ce lait cru révèle, des améliorations beaucoup plus importantes que celles présentées par le lait industriel.

Contrairement à ce qui devrait être ce lait meilleur est en voie de disparition, en raison de son prix de revient élevé ;

L'isolement obligatoire en cas d'épidémie. — *M. Tanon* demande qu'un décret autorise l'isolement d'office dans un hôpital de toute personne qui atteinte de maladie contagieuse, ne serait pas soumise à domicile à un isolement rigoureux.

Election de deux correspondants nationaux dans la troisième division (Hygiène) *MM. Pierret* et *Laigret* sont élus.

Séance du 10 mars 1942

Choc, hémorragie, asphyxie. — *MM. Léon Binet, M. Strumza P. Thevenard* et *B. Vallancien* présentent un film consacré à l'étude et au traitement du choc, de l'hémorragie et de l'asphyxie.

Prophylaxie des infections typho-paratyphoïdes pendant la campagne 1939-1940. Ses résultats. — *MM. Liégeois, Sohier* et *Aujaleu.* — Du 2 septembre 1914 au 1er mai 1915, on comptait 65.748 cas d'infections typhoïdes ayant entraîné plus de 11.000 décès. Alors qu'à la même période en 1939, on n'observe que 144 cas de fièvres typho-paratyphoïdes avec seulement 5 décès connus.

Poids des enfants nés à l'automne 1941. — *M. H. Vignes.* — En Allemagne, à partir de 1917, les difficultés du ravitaillement avaient amené pour le poids des nouveaux-nés, une prépondérance des chiffres inférieurs à la normale. Des effets semblables et dûs aux mêmes causes sont constatés sur le poids des nouveaux-nés français.

Sur l'action adrénalino sécrétrice des cathions alcalins et alcalino terreux. — *M. Henri Hermann.*

Sur l'existence de la fièvre à phlébotomes dans le Languedoc méditerranéen. — *MM. M. Janbon, H. Harant* et *J. Chaptal* (de Montpellier.)

Séance du 17 mars 1942

La diminution des accidents délirants alcooliques sous l'influence de la limitation actuelle de consommation des boissons alcoolisées. — *MM. Pagniez* et *Plichet,* dans un service comptant 500 malades, ont vu, pendant les trois années qui ont precedé la guerre, le nombre des alcooliques passer de 59 29 à 69,60 % pour les hommes, et de 21,81 à 22,60 % pour les femmes.

Pendant les six derniers mois écoulés, ils ne trouvent plus que 24,41 % d'hommes alcooliques et 7,86 % de femmes.

La méningococcie aux armées en 1939-40. — *MM. Liégeois Sohier* et *Aujaleu.* — Les mesures de prophylaxie furent prises dès les premiers cas et on n'observa aucune extension de la maladie.

De plus, grâce aux sulfamides et à la sérothérapie, la mortalité tomba à 10, puis 5 pour cent, alors qu'elle était de 30 p. cent dans les années antérieures.

L'action préventive des sulfamides dans la chirurgie laryngée. — *M. Portmann*, chez tous les malades qui doivent subir une intervention grave sur le larynx, donne *per os* 3 grammes par jour (par comprimés de 0,40) pendant les deux jours qui précèdent l'intervention et pendant les trois jours qui la suivent. Ensuite deux grammes pendant deux jours et un gramme pendant deux jours.

Si une complication apparaît, ces doses sont augmentées. En agissant ainsi depuis un an, l'auteur n'a pas eu à déplorer de complication pulmonaire mortelle.

L'eau d'égout comme porteur du virus poliomyélitique. — *MM. Kling, Clin, Fåhraens* et *Norlin.* — Les egouts infectes doivent être considérés comme une source de contagion importante d'où le virus, en conservant ses facultés poliomyélitogènes, peut être transporté à de grandes distance,

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Les poudres soufrées dans le traitement de la séborrhée du cuir chevelu chez la femme

On sait que le soufre en application externe est le médicament de choix des états séborrhéiques. On l'emploie sous un grand nombre de formes. La préparation la plus répandue est la *lotion soufrée de Vidal* dans laquelle le soufre est à l'état de suspension. La lotion au *polysulfure de potasse* est également d'un usage courant. On peut également prescrire le soufre sous forme de *collosol soufré*, émulsion de soufre colloïdal dans un mélange d'hydrocarbures ; de *Donisol* soufre colloïdal en solution aqueuse ; de solution dans le *sulfure de carbone*, enfin sous forme de pommades, crêmes et pâtes.

Nous voudrions insister aujourd'hui sur un autre mode d'emploi du soufre au cuir chevelu, préconisé jadis par Sabouraud, trop négligé aujourd'hui et qui, cependant, donne de bons résultats dans la séborrhée : *les poudres soufrées*. En voici deux formules excellentes :

Soufre précipité	15	Lycopode	10
Magnésie calcinée	15	Iris	10
Talc de Venise	15	Talc	10
Parfum	q.s.	Oxyde de zinc	10
		Soufre précipité	10

Trois fois la semaine le soir, on fait une vingtaine de raies dans le cuir chevelu. Dans chacune d'elles, on applique une légère couche de poudre avec un pinceau d'ouate, puis on masse durement avec le doigt afin de bien faire pénétrer la poudre. Le cuir chevelu ainsi poudré, on l'entoure d'une légère gaze pour éviter la projection de particules de soufre sur le visage et le cou. Le soufre en effet, détermine assez souvent une irritation cutanée chez les sujets à peau sensible non séborrhéique et chez les femmes blondes ou rousses. Le lendemain matin, la patiente dépoudre son cuir chevelu et ses cheveux avec une brosse sèche. L'application préalable sur le visage et le cou de la crême suivante :

Oxyde de zinc	2.40
Carbonate de bismuth	0.60
Lanoline	5
Vaseline	20
Eau de roses	5
Œillet synthétique	q. s.

protègera durant le dépoudrage les épidermes sensibles contre la projection de poudre soufrée.

Un grand nombre de femmes à cheveux gras dégraissent leur cuir chevelu et leurs cheveux avec des poudres inertes : amidon, talc afin d'éviter un grand lavage. Les poudres soufrées ont le double avantage de dégraisser le cuir chevelu comme les poudres inertes et de diminuer en plus le flux séborrhéique. Les savonnages peuvent être ainsi espacés d'autant que le poudrage soufré en débarrassant les cheveux de leur graisse, les rend plus légers, plus élégants et diminue leur chute.

Maurice PIGNOT.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La maladie d'Alzheimer et de Pick. — Dans la maladie d'Alzheimer, au premier rang des symptômes : une voix tremblotante et hésitante : de la difficulté de la parole, de la paraphasie. Il s'y ajoute une démence croissante avec agitation souvent associée à des états délirants.

La maladie de Pick, pour laquelle le diagnostic différentiel avec les avitaminoses B_1 et C doit se poser, apparaît, dit A. Favre (*Schw. Med Wochens.*, n° 45, 1941), entre 50 et 60 ans ; elle est caractérisée par de la dépression, de l'insomnie, un état anxieux.

Les deux maladies sont souvent difficiles à distinguer l'une de l'autre. Le diagnostic différentiel doit exclure la démence sénile, l'artériosclérose cérébrale, les tumeurs cérébrales. L'Auteur rapporte deux observations.

Le traitement des cavernes tuberculeuses par le drainage avec aspiration. — M. Schuherth a traité (*Schw. Med. Wochensch.* n° 45, 1941) 56 cas ; aucune complication, aucun cas mortel ; la plupart du temps des résultats favorables.

L'Auteur insiste sur la nécessité, pour obtenir de bons résultats de considérer la paroi de la caverne, la pression de l'air à l'intérieur de la caverne, notamment la production d'une sous-pression durable qui doit aboutir à l'atrophie de la caverne.

Il est essentiel d'opérer un nettoyage étendu de la caverne. L'indication du drainage par aspiration est une fissure pleurale solidement adhérente dans la zone de la caverne à traiter.

Les résultats sont particulièrement favorables dans les cavernes isolées.

Il est, nécessaire de les bien localiser par de bonnes radiographies et tomographies.

Le sang irradié par ondes courtes en thérapeutique. — M. Forster utilise (*Deut. med. Wochens*, 23 janvier 1942) le sang citraté irradié dans un champ d'ondes ultra-courtes, en injections de 10 c.c. faites par voie intramusculaire.

Il a ainsi procédé à plus de 4.000 injections dans 1.000 cas et a obtenu des améliorations extra-rapides dans les maladies allergiques : asthme, urticaire, eczema, œdème de Quincke.

De même, dans l'ulcère du duodénum, il a noté, souvent avec peu d'injections du sang du malade ou d'un sang étranger, des améliorations et des guérisons.

De bons résultats aussi ont été notés dans les infections aiguës : pneumonie, furonculose, arthrites : et en combinant ces injections avec le bismuth, le néosalvarsan, l'Auteur a pu rendre négatives des réactions sériques jusqu'alors tenaces.

Les vitamines dans les œdèmes de carence. — MM. Dumont et Lambrechts (*Revue belge des Sciences Médicales*, janvier 1942), ayant entrepris une étude de l'étiologie et de la pathogénie des œdèmes de carence, constatent que les avitaminoses A B_1 et C n'interviennent pas dans les cas observés.

Notamment en ce qui concerne la vitamine B_1, ils constatent, à l'opposé du béri-béri, un cœur normal et une bradycardie presque constante, non influencée par l'injection de vitamine B_1. D'autre part les carencés mis au repos et au chaud, même avec un régime carencé et sans thérapeutique, ont vu leurs œdèmes disparaître.

Enfin les dosages et tests d'élimination pratiqués ne s'écartent pas de la normale.

Sport et menstruation. — E. Düntzer résume ainsi (*Med. Klinik*, 15 janvier 1942) la question :

Les exercices physiques pendant la menstruation ne doivent être permis qu'aux personnes bien portantes et ayant l'habitude de ces exercices.

Conseiller un ménagement relatif surtout au début, ainsi que des exercices de la musculature abdominale un jour avant la menstruation et pendant toute la durée.

Eviter les exercices de longue durée, le froid, l'humidité et la grande chaleur.

Pendant la menstruation, ne jamais obliger à des exercices physiques, les interdire à celles qui ont l'habitude de se reposer pendant leurs règles et, chez toutes, la natation.

La sulfamidothérapie dans la manie et la mélancolie. — Dans toute affection mentale récente présentant une note confusionnelle, il y a lieu, dit M. A. Leroy (*Journ. belge de neurologie et de psychiatrie*, nov. 1940, publiée en janvier 1942), d'essayer le 993 avec toute la prudence que comporte pareille médication. On peut espérer qu'ainsi un certain nombre de cas destinés à évoluer vers la démence précoce guériront rapidement. Et M. Leroy rapporte deux cas où il en fut ainsi.

NÉCROLOGIE

Babonneix. — Nous avons eu la tristesse d'apprendre cette semaine le décès de notre ami Babonneix survenu il y a quelques jours dans un petit pays de la Creuse où la maladie l'avait contraint depuis deux ans de s'exiler.

La carrière de Babonneix fut particulièrement brillante. Il était interne des hôpitaux en 1898, médaille d'or de l'Internat en 1903, médecin des hôpitaux en 1912 et chef de service en 1919.

Elu à la Société de biologie en 1922, à l'Académie de médecine en 1939, il était membre de nombreuses sociétés et avait présidé à mes côtés le Ier Congrès de Thérapeutique. Pendant la guerre de 1914-1918, il avait été chef d'ambulance et médecin consultant d'armée. Sa conduite et son courage lui valurent d'être décoré au titre militaire.

Ses travaux concernent surtout la pédiatrie et la neurologie. Commencés dès son internat chez Hutinel et chez Méry, puis chez Déjerine, ils se rapportent presque tous à ces deux disciplines médicales. Le premier en date concerne les paralysies diphtériques. Les autres portent sur la syphilis du système nerveux de l'enfant et sur les encéphalopathies infantiles.

Dans ces magistrales études, on peut dire que rien n'est laissé dans l'ombre, ni l'hydrocéphalie, ni les lésions épendymaires ou méningées, ni les lésions scléreuses ou tubéreuses du cerveau. Babonneix en a parfaitement montré les relations avec les nombreux syndromes cliniques considérés parfois comme des entités morbides : syndromes striés, hypophyso-tubériens, cérébello-spasmodiques, avec l'atrophie optique, les manifestations convulsives, les troubles psychiques et la chorée.

Dans la genèse de ces états polymorphes il faut voir le peu d'importance des traumatismes obstétricaux et le rôle dominant au contraire de la syphilis, entrevu déjà par notre commun maître, le grand Fournier.

L'ensemble est imposant. Ce ne sont point en effet des études parcellaires, artificiellement groupées, mais un monument véritable bien ordonné et bien français dont chaque élément contribue à la solidité de l'édifice.

Il était naturel qu'après de telles recherches la place de Babonneix en neuropsychiatrie infantile fut définitivement marquée.

L'ensemble de son œuvre se trouve dans des articles didactiques que tous les médecins et tous les étudiants connaissent : *Traité de Brouardel*, où il écrit la diphtérie ; *Traité des maladies des enfants* de Hutinel, où il trace la symptomatologie des maladies du cerveau ; *Traité des maladies de nutrition* de Achard et Castaigne où il parle savamment du rachitisme ; *Traité de Widal* où il accepte de rédiger les maladies de la bouche et des dents, et surtout *Traité des maladies infantiles* qu'il dirige avec Nobécourt et *Traité de pathologie et de thérapeutique* en plus de vingt volumes dont il assura la direction avec Sergent et Ribadeau-Dumas. Il publia en outre maints articles de la *Gazette des Hôpitaux*.

C'était un homme exquis, dont nous connaissions tous la silhouette élancée, le regard vif, l'esprit prompt, l'allure pleine de correction et de dignité, dont nous connaissions aussi la droiture, la cordialité et la finesse.

Il aimait les lettres, les arts, connaissait à fond ses classiques, les français comme les latins, conversait avec eux et citait volontiers leurs textes.

Il laisse de nombreuses amitiés, à ses élèves et à ses amis un souvenir précieux qui ne périra pas.

Et je me fais un devoir d'offrir ce témoignage d'affection et d'estime générale à sa femme et à son fils en hommage sincère à leur douleur.

Maurice LOEPER.

Docteur Ch. Fiessinger. — Le Docteur Ch. Fiessinger est mort après une courte mais douloureuse maladie qu'il supporta avec un stoïcisme admirable.

Il était le doyen de l'Académie de médecine où il avait été élu, membre correspondant national, dès 1896. On l'y voyait chaque mardi allant d'un groupe à l'autre, le regard aigu, la tête droite, donnant sur les hommes et les choses, sur la médecine ou sur les politiciens, une opinion parfois sévère mais toujours courageuse et profondément méditée.

Il était, au début de sa carrière, médecin à Oyonnax, dans l'Ain. Originaire de Mutzig en Alsace, il était lui-même fils d'un médecin de campagne qui lui montra la grandeur et l'attrait de la profession et lui apprit à vivre pour elle plutôt qu'à en tirer profit.

Il publia dès 1895 un ouvrage remarquable sur la *Thérapeutique des Vieux maîtres* qui le classe parmi les bons écrivains médicaux de l'époque. Il y parle de façon attachante, vivante, de Celse et de Coelius Aurelianus, de Léonard Fuchs l'inventeur de la digitale, de Broussais et de Laennec. Ce livre que j'ai lu et relu lui obtint des mentions et des Prix à l'Institut et à l'Académie de médecine.

Il quitta Oyonnax pour Saint-Claude et y connut, au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde dont il avait étudié à fond le développement et le contage, toutes les tracasseries d'une municipalité conduite par un homme ignorant et maladroit.

Un peu déçu, il eut à cette époque le bonheur de rencontrer Huchard qui lui proposa la place de Rédacteur en chef du *Journal des Praticiens* qu'il accepta. Il dirigea jusqu'à sa mort et pendant plus de quarante ce journal et il y écrivit chaque semaine des articles élégants, fins, directs, justes sur la médecine, et sur ses à côtés. Ne disait-il pas, quelque temps avant de mourir, qu'il avait encore récemment préparé, pour son journal qui était sa vie, un nombre d'éditoriaux suffisant à le meubler pour plusieurs années.

C'était un philosophe, un historien, un moraliste, autant qu'un médecin. Ami de Bourget, de Maurras, il lisait Horace dans le texte et connaissait à fond les grands hommes de notre littérature et des autres. Il publia « La formation des caractères », « Les maladies des caractères » où la psychologie est envisagée sous son côté pratique.

Il fut célèbre parmi les praticiens par sa « Thérapeutique en vingt médicaments » et il le restera par son dernier livre paru, il y a trois mois à peine « La Médecine du praticien ».

Daudet, juge sévère, le considérait comme un des premiers médecins de ce temps et des plus complets. « Il joint, disait-il, à sa culture qui est grande, une réflexion qui est aiguë et il est préoccupé de guérir. Dans tous ses livres on retrouve cette plume alerte et cette étincelante sagesse qui donne tant de prix à ses travaux. »

Le Docteur Fiessinger avait de la vie une conception haute ; chrétien convaincu, il la considérait bien comme un passage et quelques jours avant sa mort, sur son lit douloureux il me montrait l'image du Christ comme le refuge à ses souffrances. Il a donné dans ces dernières semaines le plus bel exemple de résignation et de foi, comme il avait donné dans sa vie le plus bel exemple de probité et de courage.

Il eut de la sincérité et de la clairvoyance, de la sévérité et de la bienveillance, de l'érudition et de l'indulgence et il laisse à sa femme, à son fils, à ses petits et arrière-petits-enfants le souvenir d'un grand esprit, d'un médecin complet et d'un grand homme de bien. Et nous partageons sincèrement leur tristesse et leurs regrets.

Maurice LOEPER.

ECHOS & GLANURES

Un jugement sur Marat. — M. Claudius Roux, qui possède sur Marat et sa famille « des documents inédits, inconnus de tous ses biographes », vient de lui consacrer une chronique (*Le Fureteur*, février 1942) dont voici la conclusion :

« Jean-Paul Marat, quarteron, espagnol-italien-albigeois-romand, demi-fou lucide et intelligent, ambitieux fieffé, gloriomane orgueilleux, savant raté, médecin charlatan, faux-ami du peuple et démagogue frénétique, était arrivé par la Révolution française à réaliser son idéal morbide ; parvenir à la célébrité, mais dans le sens le plus néfaste de ce terme, démontrant ainsi une fois de plus que l'excès en bien ou en mal est toujours un défaut, parfois un crime ; et que selon la règle de l'hérédité mendelienne, le fils héritant du tempérament de sa mère, comme la fille du tempérament de son père, cette hérédité croisée explique souvent la conduite des enfants, conduite dont une certaine part de responsabilité peut remonter aux parents... Telle est la seule excuse admissible pour les excès de Jean-Paul Marat : il avait les qualités et les défauts de sa mère ».

M. Claudius Roux reconnaît néanmoins que Marat « aurait pu acquérir une valeur réelle en physique, biologie et médecine, si son intelligence remarquable n'avait pas été déroutée par sa psychologie morbide ».

Une nouvelle découverte en microscopie. — Le fort grossissement des microscopes actuels implique la nécessité de rendre perceptibles tous les objets situés dans le champ de vision. Aussi le renforcement du contraste des images était dès le début l'un des soucis capitaux des techniciens de la microscopie. Deux méthodes essentielles ont été jusqu'ici pratiquées dans ce but : celle du champ éclairé et celle du champ obscur. Dans le cas le plus fréquent, la préparation microscopique (ordinairement colorée) se détache sur un fond clair qui est produit par le miroir concave placé sous le platine du microscope, destiné à éclairer l'objet en transparence et à envoyer une quantité de lumière suffisante dans le tube de l'appareil. Mais il est également possible de manœuvrer le miroir de manière à ce que les détails de la préparation apparaissent illuminés sur un fond sombre. Par ce dernier procédé, le contraste inversé empêche l'observateur de percevoir de l'objet une image pleinement fidèle, tandis que l'augmentation du contraste ne peut être obtenue qu'au prix d'une perte sensible du pouvoir séparateur dans le procédé à champ clair.

Zeiss vient de mettre techniquement au point une troisième méthode : celle dite des « phases de contraste ». Cette récente découverte permet à une préparation naturelle d'être vue avec autant de contraste qu'une préparation colorée ; l'image ne comporte alors que des tons gris plus ou moins intenses selon que les éléments de la préparation sont d'une plus ou moins grande épaisseur par rapport à ce qui les environne. Comparée à l'image habituelle sur champ clair, semblable à une esquisse mate et déchiquetée des seuls contours, celle obtenue par le procédé des phases de contraste donne l'impression d'un dessin au crayon vigoureusement nuancé et très fouillé dans les détails.

Cette simple comparaison suffit à démontrer les avantages de la nouvelle méthode. L'image est produite par le déplacement phasé artificiel du spectre d'inflexion, avec intervalles d'un quart de longueur d'onde. Ceci est obtenu à l'aide de « plaquette à phases », une couche absorbante extrêmement mince dans la surface de liaison entre deux lentilles, en forme d'anneau circulaire.

Le domaine essentiel du nouveau procédé est la préparation biologique non colorée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Collège de France

Correction des déséquilibres de l'innervation viscérale par l'infiltration anesthésique du splanchnique ou sa section

Dolichocolon et mégacolon
Constipation par stase. Colites spasmodiques (1)

Par le Professeur **René LERICHE**

De la colectomie dans le mégacôlon

J'en viens maintenant au problème discuté du traitement. Trois remarques préliminaires doivent être faites :

Premièrement : La colectomie est loin d'être une méthode idéale de traitement du mégacôlon. Il ne faut pas l'opposer comme un procédé sûr aux douteuses sympathectomies. Les chirurgiens d'enfants ne sont pas très enthousiastes. Guilleminet écrivait récemment que les meilleurs résultats de la colectomie n'étaient que des améliorations.

Il en est là comme dans ce que, autrefois, nous appelions, à la suite de Lane, la stase intestinale. J'ai suivi deux de mes colectomisés totaux, l'un 18 ans, l'autre 14 ans ; tous deux étaient restés misérables et dolents après une courte phase d'amélioration. Et, depuis longtemps, j'ai renoncé à la colectomie totale chez l'adulte.

J'ai réséqué quatre mégacôlons de l'enfance. Je n'ai eu qu'un résultat vraiment satisfaisant et le restant au bout de 11 ans. Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans. Dans deux autres cas, les troubles ont récidivé : la situation des opérés est restée lamentable. L'un mit deux ans à mourir d'une staphylococcie généralisée. Dans un quatrième cas, la colectomie fut faite après une opération sympathique unilatérale (ce qui était insuffisant), et après une iléosigmoïdostomie. Malgré l'ablation du côlon, l'enfant acheva de mourir. Il était inopérable de toutes les façons.

(1) Voir *Progrès Médical*, 21 février et 10 avril 1942.

En 1936, Introzzi a donné la statistique de la clinique Arce : 21 colectomies, 3 morts, 11 résultats éloignés connus, qui ne comprennent que deux succès complets.

Tavernier rapportait le 19 janvier 1939, à la Société de Chirurgie de Lyon (1), un cas dans lequel avaient échoué une gangliectomie lombaire gauche, puis une colectomie, et qui fut transformé par une section du splanchnique.

Il ne faut donc pas opposer la colectomie, opération satisfaisante et sûre, à la sympathectomie, opération aléatoire et illogique. Ces parallèles tendancieux ne sont pas de mise.

Devant l'irrégularité des résultats de la colectomie, il est légitime de chercher à avoir mieux.

Secondement : Pour qui en a l'expérience, toutes les opérations sympathiques sont également bénignes. Le choix entre elles ne peut pas être basé sur une question de gravité ou d'importance opératoire. La plus minutieuse, la plus difficile est l'ablation du plexus mésentérique inférieur et cette opération, à mon avis, doit être rejetée. Je puis le dire d'autant plus librement, que je suis le premier au monde à l'avoir conçue et essayée et abandonnée.

Troisièmement : il convient de mettre en évidence ce fait que, quand la maladie en est arrivée au stade des lésions anatomiques graves, extra-pariétales, les opérations sympathiques ne peuvent plus permettre une reprise fonctionnelle satisfaisante et définitive. Leur seule et réelle efficacité est d'améliorer les conditions générales de l'intestin au point de permettre une colectomie secondaire à froid, si on le croit indiqué, ce qui est un grand avantage.

Indications des opérations sympathiques

Hors ces circonstances, quel est le champ d'application des opérations sympathiques ?

Le problème est en évolution. La durée de l'observation post-opératoire n'est pas encore assez longue pour qu'il soit possible de donner des conclusions définitives. Mais le sens même de cette évolution permet, dans une certaine mesure, de prévoir l'avenir.

Il est bien certain qu'il y a des mégacôlons qui sont hors de toute possibilité thérapeutique par action nerveuse, soit du

(1) Mégacôlon avec constipation opiniâtre, guéri par section du splanchnique gauche, après échec d'une sympathectomie lombaire et d'une résection de l'anse sigmoïde. *Lyon chirurgical*, mai 1939, p. 33?.

FEUILLETON

LE MONDE MÉDICAL PARISIEN IL Y A CENT ANS

Les théories et les systèmes (1)

La phrénologie. — Gall est mort en 1828 et l'émotion soulevée par ses idées et sa pratique vit encore. Il garde ses partisans comme ses adversaires et ni les uns ni les autres ne sont négligeables. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler les conceptions si neuves de ce médecin original qui, avant de se fixer à Paris, professa avec des succès divers à Vienne, Berlin, Dresde, Hall, Iéna, Copenhague, Hambourg, Amsterdam, Leyde, Heidelberg et dans d'autres villes encore. Le cerveau, pour lui, n'est pas uniforme dans sa structure. Il contient, notamment des centres différenciés qui siègent au niveau des circonvolutions, lesquelles ont, en ce qui concerne les facultés de l'âme, l'intelligence, les passions, une importance de tout premier ordre. Il y a, par exemple, un centre de la volonté, un autre de l'affectivité, un autre encore pour l'aptitude aux arts, aux sciences, et même pour chaque science en particulier. Les régions qui, sur les circonvolutions, correspondent à ces facultés, sont d'autant plus développées que celles-ci le sont elles-mêmes davantage. Or les circonvolutions du cerveau ont une influence sur la conformation du crâne, influence qui se reconnaît même au dehors. Les plus accentuées déterminent à la surface de la tête des saillies, des bosses, qu'une main exercée peut reconnaître. De sorte que, lorsqu'on connaît bien cette « carte du crâne », on peut, d'après les saillies que l'on rencontre en le palpant, savoir quelles sont, chez un sujet donné, les facultés maîtresses et dire, par exemple, quelles sont, chez un enfant, les aptitudes qu'il convient de développer.

Pour donner une idée de la survivance de ces idées en 1842, il est suffisant de rappeler qu'il s'engage, cette année là, un débat à l'Académie à propos d'un mémoire de Félix Voisin intitulé « Organisation cérébrale défectueuse de la plupart des criminels... Visite phrénologique faite dans la Maison des Jeunes détenus ». A la demande de l'auteur, une commission a été nommée qui groupe les noms suivants : Adelon, Ferrus, Breschet, Gerdy, Blandin, Moreau, Gérardin, Cornac et Bouillaud. Ce dernier est choisi comme rapporteur et son rapport est long et éloquent. Il commence par un examen favorable des travaux de Gall, qualifié de « profond observateur trop oublié dans bien des occasions et qui a incarné les facultés mentales et intellectuelles ». « Cette pluralité des organes cérébraux est, ajoute-t-il, le dogme capital et comme la clé de voûte de tout l'édifice phrénologique. La détermination du lieu qu'occupent en grand nombre des organes distincts de certaines facultés intellectuelles ou morales également distinctes est assez avancée pour que l'on puisse, d'après

(1) Voir *Progrès Médical* du 10 avril 1942.

fait de l'état général, soit du fait du volume énorme de l'intestin. On essaie quand même, parce qu'il est dans notre nature de chirurgien d'espérer toujours. Mais il y a des échecs dont nul ne saurait s'étonner. Plus nous irons, moins il y en aura, parce que moins il y aura de mégacôlons inopérables. Il viendra certainement un temps où les côlons monstrueux ne se verront plus. C'est par la disparition des maladies arrivées au stade terminal que se juge le mieux la réalité de nos progrès thérapeutiques.

C'est sur les cas moyens qu'il faut exercer son jugement, et non sur des pièces de musée.

Pour différencier les cas moyens favorables et les cas ayant dépassé les limites de l'action chirurgicale, nous avons des tests.

Depuis 1925, j'ai sans cesse recommandé qu'avant de décider une opération sympathique, on essaie de voir, à l'aide des anesthésies sympathiques, si l'opération peut être efficace.

En matière de mégacôlon, alors que j'emploie l'infiltration anesthésique de la chaîne lombaire et du splanchnique gauche, Merle Scott et Morton ont recommandé la rachianesthésie. Il est certain que la rachianesthésie est très démonstrative. Elle bloque l'innervation sympathique, et aussitôt l'innervation vagale laissée à elle seule, fait contracter l'intestin. Nous le savions depuis que l'on connaît l'efficacité de l'anesthésie spinale dans l'occlusion.

Le test de Merle Scott et Morton a été adopté par Pussler, par Kirschner, par Duval.

Je pense tout de même que l'*infiltration anesthésique de la chaîne du sympathique et du splanchnique* à hauteur de L1, bien plus bénigne, est tout aussi efficace sinon plus. J'aimerais voir les chirurgiens français adopter une procédure qui est née chez eux. Il n'est peut-être pas toujours nécessaire que nous ne croyions qu'en ceux qui parlent au loin.

J'ai décrit plus haut les effets de l'infiltration sympathique. Je n'y reviens pas.

Mais je voudrais ajouter qu'ayant une grande habitude des tests dans la chirurgie sympathique, je ne leur attribue pas une valeur absolue. J'ai opéré des malades à test négatif, qui ont eu de bons résultats éloignés, et des malades à test positif, qui en ont eu de médiocres.

Le test n'est qu'une indication, qui doit prendre rang parmi beaucoup d'autres. Le sens clinique, l'addition inconsciente d'une multitude de petits signes, vaut souvent mieux qu'une épreuve brutale et solitaire.

Choix de l'opération

Pour résoudre ces problèmes, il faut beaucoup compter sur les résultats de cette expérimentation humaine que représente la neuro-chirurgie du côlon, surtout quand elle s'adresse à des cas peu graves, où l'observation est facile. Les formes très avancées des maladies se prêtent toujours mal à l'analyse expérimentale. Et cependant telles quelles, elles donnent encore des renseignements précieux.

On sait comment est née cette neuro-chirurgie colique.

Royle avait remarqué que chez les enfants atteints de paralysie spasmodique, qu'il avait opérés par ramisection lombaire, les constipations opiniâtres cessaient après l'intervention. La diminution de l'influence sympathique paraissait changer quelque chose à la fonction motrice du gros intestin.

Wade, puis Royle,partant de là, essayèrent donc de la ramisection chez des enfants atteints de mégacôlon, et virent de réelles améliorations. En 1928, Wade avait opéré quatre malades qui tous quatre avaient bénéficié de la ramisection. En 1930, il exposa ses résultats (1), à Londres (*The Lancet*, 18 janvier 1930).

A la même époque (1927), je faisais connaître l'amélioration sensible que j'avais obtenue chez un colitique très constipé, par l'*ablation du plexus mésentérique inférieur*, et chez des cancéreux à algies colitiques Gino Piéri, de son côté, pratiqua plusieurs fois pareille intervention dans des troubles douloureux intestinaux, et à mon avis si l'on veut donner un nom à cette opération, c'est celui de Gino Piéri qu'elle doit porter.

En 1930, Rankin et Learmonth préconisèrent cette même intervention, en l'associant à la section du plexus hypogastrique supérieur (qui lui fait suite sur la ligne médiane, et que nous appelons d'habitude le nerf présacré).

Mais déjà Judd et Adson (1928) avaient essayé la gangliectomie lombaire bilatérale, du deuxième ganglion au quatrième inclus, et ils avaient ainsi obtenu des résultats excellents.

J'ai suivi longtemps Adson et fait la gangliectomie lombaire bilatérale et depuis 1937, je l'ai remplacée souvent par la section uni- ou bilatérale des splanchniques.

(1) Il est assez difficile de savoir exactement le nombre des cas qui furent opérés par Wade et Royle, et dont ils ont parlé à différentes reprises. Mais il est certain que ce furent eux qui eurent la première idée des sections sympathiques dans le mégacôlon et qui la réalisèrent les premiers.

---

une exploration de la tête, reconnaître et pour ainsi dire deviner la disposition intellectuelle et le caractère d'un individu donné. Après avoir — car c'est un érudit — cité un prédécesseur possible de Gall, Zopyre, Bouillaud conte la fameuse enquête phrénologique qui a permis à Voisin de classer les jeunes détenus en quatre catégories qui se trouvèrent ensuite correspondre presque exactement aux classifications établies dans l'établissement même, par le directeur, en sujets mauvais, médiocres ou bons du point de vue administratif, en ce qui concerne la conduite et les espoirs d'amélioration. D'où des conclusions qui consistent à féliciter l'auteur de cette enquête et à le prier de poursuivre ses intéressants travaux.

Donc rapport entièrement élogieux et qui n'étonnera pas dans la bouche de Bouillaud lequel, en 1824, avait déjà tenté des localisations de la parole, avait bataillé en 1828 sur les fonctions du cervelet et qui devait considérer comme particulièrement intéressantes les opinions de Gall qui corroboraient en quelque mesure les siennes.

Rapport favorable, avons-nous dit, mais qui n'en fut pas moins très discuté. Si Ferrus l'approuve, Nacquart fait, lui, dans l'œuvre de Gall une division logique, mettant d'un côté ses travaux anatomiques et sa philosophie, de l'autre la cranioscopie qui n'est pour la première qu'un poids mort. Rochoux, de son côté, se prononce nettement contre la phrénologie. Bouvier rappelle que si Gall a localisé les facultés intellectuelles dans les lobes frontaux, Neumann les place à l'autre extrémité du cerveau, d'où l'on peut inférer qu'il n'y a pas de localisations à proprement parler. Pelletier considère que les catégories de Voisin sont purement artificielles et Gerdy défend mollement les conclusions de l'auteur. Bouillaud résume le débat et, à propos de l'opinion de Napoléon sur Gall, fait entre les deux hommes un parallèle qui les rend égaux l'un à l'autre (!).

Puisque Bouillaud défend si énergiquement le système de Gall et même ses conceptions phrénologiques, ne nous étonnons pas si, à côté de ce maître révéré, d'autres médecins persistent à « tâter » les têtes et à faire de la cranioscopie en clientèle. Nous savons tout au moins que deux praticiens se livrent à cet exercice : l'un est Fossatti qui est médecin du théâtre royal italien, disciple de Rasori et de Gall lui-même (il demeure rue du Houssaye) ; l'autre est Vimont (rue Royale Saint-Honoré) qui a d'abord été un adversaire farouche de Gall, mais est passé au camp de ses partisans ; il a publié un traité de la phrénologie humaine et comparée surtout remarquable par l'atlas *in folio* qui l'accompagne. Il doit y avoir encore bien d'autres phrénologistes parmi les médecins, car il faut se souvenir que Broussais lui-même a professé cette doctrine pendant plusieurs années.

Le magnétisme. — Rien n'est plus vague que le magnétisme animal et ceux qui ont écrit sur ce sujet n'y ont pas en général apporté la clarté. Il s'agit, en principe, de radiations fluidiques de nature inconnue et d'origine hypothétique que le corps humain, après les avoir captées, pourrait émaner

L'opération est décidée. Quelle est celle qu'il faut faire ?

Toutes celles qui ont été recommandées peuvent être efficaces. Mais, je pense qu'à l'heure actuelle, le choix n'est qu'entre la splanchnicotomie unilatérale et la sympathectomie lombaire bilatérale.

Les ramisections, l'ablation du plexus mésentérique inférieur, avec ou sans section du présacré, doivent être abandonnées.

Il n'y a aucun avantage à ce que chaque chirurgien parcoure solitairement tout le chemin qui a été tracé par les précurseurs. Il vaut mieux qu'il aborde la route là où elle semble sûre. Pierre Duval a fait état, pour condamner les opérations sympathiques dans le mégacôlon, d'un cas dans lequel Merle d'Aubigné avait pratiqué, le 2 décembre 1937, la résection du plexus mésentérique inférieur et du nerf présacré, avec un merveilleux résultat qu'on voit mais dont, 22 mois après l'opération, les accidents avaient récidivé et furent traités par colectomie. Je ne pense pas que cette observation soit démonstrative, car depuis 1928, Adson a montré que l'opération la plus adéquate était l'ablation des deux chaînes lombaires et que moi-même, en 1935, j'en ai montré les excellents résultats stables.

Certains chirurgiens ont dit, qu'ils ne croyaient pas que les opérations sympathiques puissent quelque chose sur le mégacôlon vrai à longue échéance, parce qu'elles n'agissent que sur l'élément fonctionnel et laissent persister la malformation pariétale. C'est préjuger de la question. Y a-t-il malformation ? Ce n'est nullement prouvé. Il est de plus en plus probable qu'il y a à l'origine du mégacôlon une dyskinésie, avec prédominance de l'action sympathique sur l'action parasympathiques. Les modifications pariétales sont secondaires et demeurent longtemps reversibles.

Le mégacôlon apparaît en somme comme un exemple du déséquilibre de l'innervation antagoniste du côlon.

Et c'est parce qu'il en est ainsi, parce que le mégacôlon relève du système nerveux végétatif dans ses lésions comme dans son mécanisme, que l'on peut non guérir complètement, du moins transformer radicalement, par des opérations sympathiques appropriées, les mégacôlons du type Hirschsprung, qui ne sont pas trop avancés dans leur évolution.

L'opération modifie non seulement l'état fonctionnel, mais aussi l'état anatomique.

En voici des exemples :

Le premier cas de Merle Scott et Morton, celui dans lequel, fut utilisée pour la première fois la rachianesthésie comme test de l'hypertonie sympathique, était un mégacôlon vrai. Il fut opéré par sympathectomie lombaire bilatérale. Les auteurs donnent dans leur mémoire les radiographies du cas avant et après l'opération (trois mois après). Il suffit de les regarder pour voir qu'il y a eu modification anatomique.

Ross, dans *British Journal of Surgery*, en 1935, a donné une statistique de 70 cas, avec 15 résultats excellents. Mais cette statistique faite d'observations disparates, ne donne peut-être pas la vraie position des résultats. J'aime mieux parler de ce que j'ai vu.

Dans les mégacôlons moyens, avec anse intermédiaire manifestement dilatée, mais ne reproduisant pas encore le type Hirschsprung, qui n'en est que le stade ultime, chez des enfants constipés depuis leur naissance, n'ayant pour ainsi dire jamais eu d'évacuation spontanée, j'ai vu généralement des selles survenir spontanément du quatrième au huitième jour après la sympathectomie, puis s'est installé un rythme variable : une évacuation tous les jours ou tous les deux jours, souvent spontanément, parfois au prix d'un laxatif léger. Et les choses demeurent ainsi pendant des années.

Dans les énormes dilatations coliques du type Hirschsprung, il arrive que les enfants au bout de quelques jours se mettent à ne plus aller à la selle spontanément. La mère, généralement bonne observatrice, se plaint que l'enfant ne veuille faire aucun effort. Et c'est vrai : habitude ou paresse. Un de mes opérés était ainsi. La religieuse qui le soignait, au lieu de le lui reprocher, lui promit un bonbon chaque fois qu'il serait allé à la selle. A l'heure dite, à partir de cette promesse religieusement tenue, les évacuations furent journalières et spontanées.

Chez une de mes opérées, la mère, très attentive, a noté au bout de deux ans, un incident singulier qui durait depuis une huitaine de jours, quand elle m'a écrit : alors que l'enfant avait depuis l'opération (splanchnicotomie gauche et ablation ganglionnaire basse à droite) un état général excellent et des évacuations régulières à l'aide d'un laxatif, il survenait vers 17 heures un rapide ballonnement, suivi de dyspnée, de pâleur, avec nez pincé, extrémités froides, nausées. On le couchait, et dès que le sommeil était venu, les gaz s'évacuaient peu à peu, le matin au réveil, le ventre était plat et l'état général était redevenu normal.

Radiographiquement, le côlon était toujours très dilaté, un peu moins qu'avant l'opération, mais l'évacuation était régulière. A quoi faut-il attribuer cette brusque distension gazeuse ? Peut-être à l'alimentation. Je ne sais, n'ayant pas observé l'enfant moi-même.

Cela n'empêchait pas la mère de me dire que l'état de santé

---

ensuite dans d'autres corps humains qu'il influencerait de cette façon, provoquant de la sorte des phénomènes en grande partie mystérieux dont quelques-uns pourraient avoir des effets thérapeutiques. Ce sont principalement ces applications à l'art de guérir d'une conception particulièrement brumeuse qui avaient suscité en 1784 un rapport très net de Bailly concluant à la condamnation du magnétisme animal, devant la Société royale de médecine, qui approuva pleinement son rapporteur.

Ce rapport avait été provoqué par le cours où Deslon répétait, à la Faculté même, les expériences de Mesmer, lequel avait quitté la France à ce moment.

Et ce magnétisme revenait en 1840 devant l'Académie et devant l'opinion publique. Les magnétiseurs n'avaient pas cessé, en effet, leurs exhibitions et un médecin, Bourdin, avait fondé un prix qui devait revenir à celui qui démontrerait le bien fondé de leurs prétentions. La chose avait suscité des candidats et notamment un certain Pigeaire et un docteur Frappart qui conviaient l'Académie à assister à leurs séances. Le magnétisme revenait, en somme, sous deux formes. Il y avait d'abord les séances en question où l'on exhibait des sujets pouvant lire à travers les corps opaques après avoir subi les passes réglementaires. Reconnaissons qu'aucune expérience ne réussit de celles qui eurent lieu devant les commissaires de l'Académie. Il y eut des polémiques, un rapport de Double demandant qu'une fois pour toutes l'Académie renonçât à évoquer cette question dans ses séances, puis une polémique très âpre entre Frappart et le « bavard » Gerdy qui échangèrent en outre des lettres des plus acerbes. La seconde forme sous laquelle on parla en 1841 du magnétisme fut le somnambulisme naturel ou provoqué, ce qui est fort différent des histoires sensationnelles dont nous venons de parler. Pour le somnambulisme naturel, personne ne doutait de sa réalité ; seulement on n'était pas pour cela obligé de croire ce que l'on racontait sur les somnambules et sur leur faculté de prévoir l'avenir, d'indiquer, par exemple, comme la femme de Comet, qu'une maladie la frapperait à telle date, aurait telles recrudescences et devrait être soignée de telle façon. Là encore on discuta énergiquement et l'opinion qui prévalut fut le scepticisme.

Cependant, tandis que les uns affirmaient, que les autres niaient, quelques-uns, plus subtils (comme Laurent de Jussieu en 1784) démêlaient que sous tout cela il pouvait y avoir quelque chose de vrai ou du moins de scientifiquement intéressant. Du nombre fut Bouillaud qui demandait que l'on étudiât le somnambulisme provoqué, que la majorité académique rejetait tout aussi bien que le magnétisme le plus fantaisiste. Bouvier fut du même avis et séparant nettement cette « aberration psychologique » héritée de Mesmer, de faits plus évidents et plus sérieusement discutables, affirma que des résultats thérapeutiques avaient été enregistrés qu'on ne pouvait passer sous silence et demanda que l'on renonçât au mot de magnétisme.

Ceux-là voyaient clair et l'on sait que c'est de l'étude de

de sa fille était merveilleux depuis l'opération, qui l'avait transformée « miraculeusement ».

Anatomiquement, dans les dolicho-méga-côlons sigmoïdiens moyens, que j'ai observés, plusieurs fois j'ai vu l'intestin reprendre des dimensions normales et un calibre satisfaisant. Au bout de quelques mois, l'anse supplémentaire avait disparu, et les dilatations concomitantes du cæcum et du transverse n'étaient plus visibles.

Mais deux fois, dans des méga du type Hirschsprung, il n'y eut aucune modification radiographique, malgré un état fonctionnel satisfaisant. Il est probable que certaines dilatations sont irréductibles, et cependant la fonction demeure assurée.

Voici à titre d'exemples, deux faits longtemps suivis :

La première observation a été publiée dans la *Presse médicale*, le 22 décembre 1937, et qui est l'observation I de la thèse de Vassilaros :

L'enfant avait 9 ans 1/2 quand je l'ai opérée. La radiographie montrait une volumineuse S iliaque, avec anse supplémentaire, c'est-à-dire un mégacôlon, avec distension de l'ascendant du transverse et de l'angle droit. La mère ne se souvenait pas que sa fille fût allée spontanément à la selle. L'état général était déplorable. Je fis, le 8 décembre 1934, l'ablation du nerf présacré et des trois derniers ganglions lombaires des deux côtés. La transformation fonctionnelle fut immédiate et complète. Trois mois plus tard, une radiographie montra que l'anse supplémentaire avait disparu, et qu'il n'y avait plus de mégacôlon. Les radiographies ont été publiées avant et après. Or, cette malade, revue en mai 1940, donc cinq ans et demi après l'opération, est en parfait état général et en excellent état intestinal.

Dans un autre cas dont j'ai publié, avec Jung, l'observation dans le *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, en juillet 1938, une enfant de 6 ans ayant un mégacôlon iliaque avec grande anse supplémentaire, avec dilatation du transverse et des deux angles coliques, fut opérée le 8 juillet 1936 par ablation des 3e et 4e ganglions lombaires gauches et, le 21 juillet, par section des deux splanchniques droits. Elle a été revue radiographiquement plusieurs fois, toujours dans les mêmes conditions. D'examen en examen, on nota la diminution de calibre et de longueur du côlon. En juillet 1939, le radiographe de la clinique de Merklen, H. Schaff, ne trouva plus, après lavement, qu'un dolichosigmoïde modéré. Le 28 mai 1940, soit au bout de trois ans et huit mois, l'enfant a été revue par Jung, ayant un fonctionnement intestinal très satisfaisant.

Dans ces cas plus bénins, où il s'agissait surtout de dolichocôlon avec dilatation colique diffuse, sans que l'on puisse parler de mégacôlon, le résultat a été bien plus manifeste, et la radiographie a montré que la sympathectomie amène bien une réduction du calibre de l'intestin.

Voici par exemple un cas, dans lequel la radiographie, le 20 octobre 1937, montre une grande anse supplémentaire uniformément dilatée qui s'inscrit dans le cadre colique pour redescendre dans la fosse iliaque gauche. Le transverse et l'angle gauche sont dilatés. Le 26 octobre, je coupe les splanchniques gauches et enlève le premier ganglion lombaire La radiographie faite le 15 juin montre une S iliaque moins longue, moins flexueuse, réduite de moitié comme calibre.

Il y a d'ailleurs dans mes observations des cas qui n'ont pu être radiographiés à nouveau par suite des circonstances, et pour lesquels l'amélioration est de telle durée, qu'on peut parler de guérison.

Une fillette de 12 ans m'est envoyée par mon ami Tisserand, de Besançon, en janvier 1936, avec le diagnostic de mégacolon. Une première radiographie, faite en 1935, avait montré une distension de tout le cadre colique, sans dolichocôlon. Quatre mois plus tard, une nouvelle radiographie révéla une anse supplémentaire, et, en janvier 1936, un mégacôlon.

Le 1er février 1936, je sectionnai le grand et le petit splanchnique gauches. La transformation fut complète et rapide. L'état fut parfait pendant deux ans, puis l'enfant se plaignit de douleurs à droite. Tisserand me la renvoya. La radiographie montrait que le descendant et l'S iliaque avaient retrouvé un calibre normal, mais que le cæcum restait dilaté. J'enlevai les deux derniers ganglions lombaires droits et, par la même incision, l'appendice. La guérison fut rapide, et, plus de quatre ans après la splanchnicotomie, j'ai revu l'enfant en parfait état, allant à la selle chaque jour, menant une vie normale.

Je crois que là, on peut espérer une réelle guérison.

Evidemment, si l'on s'adresse à des cas extrêmes, la restauration anatomique n'est plus possible, et il faut se contenter d'une récupération fonctionnelle, qui est d'ailleurs quelque chose d'appréciable pour le malade lui-même.

En voici un exemple :

En fin novembre 1937, le Professeur Chaumerliac, de Clermont, m'adresse une fillette de 6 ans, maigre, jaune, dolente, presque cachectique qui, née avec un gros ventre, n'est jamais allée à la selle spontanément. A l'âge de 4 mois, malgré tous les soins, elle ne vidait son intestin que tous les onze jours. Une radiographie à ce moment montrait un côlon sigmoïde spasmé et un énorme transverse avec mégacæcum. Quand je vis la malade, qui avait eu plusieurs crises d'occlusion avec vomissements, oligurie et température, l'image radiographique était d'un énorme mégacôlon. Je fis le 30 novembre la section du grand splanchnique gauche, et le 17 décembre l'ablation d'une grande partie de la chaîne lombaire droite.

Vingt-trois mois plus tard, l'enfant a été revue par Chaumerliac en excellent état général, s'étant bien développée, gaie, ayant des selles quotidiennes avec l'aide d'un laxatif, mais n'ayant à la radiographie qu'une faible diminution du volume de l'S iliaque.

***

Dans le dolichocôlon non sigmoïdien avec dilatation localisée ou diffuse de l'adulte, les opérations sympathiques amènent en général une disparition des douleurs et de la constipation avec souvent, une réduction à la radiographie de la longueur de l'intestin.

Une de mes opérées était une femme de 44 ans, constipée dès l'enfance, ayant eu des crises d'obstruction grave, pour lesquelles je la vis.

La radiographie avait montré depuis longtemps un dolichocôlon avec dilatation notable du descendant et de l'S iliaque.

Je fis, le 26 février 1936, une section des splanchniques gauches, avec ablation du premier ganglion lombaire.

La vie de cette malade en fut transformée. En mai 1939, j'ai eu l'occasion de l'examiner, soit trois ans et trois mois après l'opération. Elle n'avait plus aucun malaise, allait à la

---

ces faits que sont issues nos idées modernes sur la suggestion, l'hystérie et bien d'autres choses encore.

L'HOMÉOPATHIE. — Elle a trop de partisans (et actifs) de nos jours même pour que l'on ait besoin d'insister sur elle, sur ses principes et sur sa pratique. En 1842 il n'en est pas de même : Hahnemann n'a plus que quelques mois à vivre ; il n'a pas fait beaucoup d'adeptes à Paris où il n'y a guère que sept ou huit praticiens qui relèvent de son obédience, parmi lesquels les plus connus sont peut-être Pétroz et Léon Simon.

Les plaisanteries, bien entendu, courent les hôpitaux et la presse, sinon les rues. Il est à remarquer qu'elles ne portent nullement sur la doctrine même d'Hahnemann, mais seulement sur l'usage de doses minuscules de médicaments. Comme elles sont demeurées classiques, nous nous contenterons d'en citer une tirée d'*Hygie* :

> « Débonnaire malade, faites donc dissoudre un millionième de quoi que ce soit dans un verre d'eau pure en donnant dix coups de haut en bas, pas autrement ; prenez ensuite une seule goutte de cette solution, mettez là dans un second verre d'eau pure, favorisez le mélange au moyen de dix autres coups appliqués exactement comme ci-dessus et le tour est fait... vous êtes guéris si vous êtes malades en respirant seulement à la surface du liquide...

Mais, répétons-le, on parle très peu d'homéopathie, à cette époque et ce n'est pas elle qui aurait eu les honneurs des séances académiques.

Henri BOUQUET.

selle tous les jours, et radiographiquement son intestin n'avait plus la moindre dilatation.

Goinard a noté les mêmes excellents résultats.

Il est donc certain que, par les opérations sympathiques, dans des cas convenablement choisis, on peut transformer l'état fonctionnel des mégacôlons et des colichocôlons, et il ne faut pas minimiser ce bénéfice.

Il est bien évident qu'il faut opérer ces malades préparés pendant plusieurs jours, ayant un intestin vide, et quand l'état général est remonté par des injections de sérums ou par une transfusion. Dans les observations publiées, on a signalé plusieurs fois des complications pulmonaires. Ce n'est pas très surprenant. Les enfants à mégacôlon ont un trouble de la nutrition générale. Ils sont fragiles. Il ne faut pas leur faire des anesthésies générales trop longues, et il faut veiller à la perfection de l'hémostase profonde. L'hémorragie sous-péritonéale, même minime, donne de la température, provoque du ballonnement, de la parésie diaphragmatique, et, dans ces conditions, la complication pulmonaire est facile.

On doit rejeter l'opération chez les malades en trop grand état de misère physiologique. Je me reproche de n'avoir pas toujours agi ainsi. J'ai perdu ainsi un enfant en condition misérable, ayant un énorme côlon, que j'avais sympathectomisé pour le préparer à une colectomie secondaire, qui me paraissait s'imposer de par les conditions anatomiques. Je fis celle-ci en deux temps, iléo-sigmoïdostomie dans un premier, colectomie quelques semaines plus tard. L'opéré ne supporta pas la colectomie.

Il importe surtout de faire ce qu'il faut.

Ce qu'il faut, c'est en principe l'opération bilatérale.

Mais quelle opération ?

On a, à mon avis, le choix entre l'ablation bilatérale de la chaîne lombaire, et la section des splanchniques gauches, suivie de sympathectomie ganglionnaire droite dans un temps ultérieur (2e, 3e et 4e ganglions, ou le 1er).

Nous n'avons pas encore assez d'expérience pour savoir ce qui vaut le mieux. La section des splanchniques est très satisfaisante. Je dirais volontiers que ce serait probablement l'opération de choix, s'il ne s'agissait souvent d'enfants à tension basse, ce qui oblige à quelques réserves.

La section unilatérale des splanchniques ne produit pas de changement apparent de la tension artérielle et des régulations surrénaliennes chez l'homme à tension normale. Mais il n'en est plus de même chez l'homme à tension haute ou à tension basse. J'ai vu un hypertendu passer de 27 à 14 et descendre même à 9 après section unilatérale des splanchniques. J'ai dû donner de la cortine et du sel pour remonter la tension.

Dans le cas de tension basse, la splanchnicotomie unilatérale peut lentement produire un véritable effondrement tensionnel, notamment chez l'enfant. Parmi mes observations, il en est une dont voici le résumé :

Marie-Jeanne Hu..., 6 ans, méga- et dolichocôlon. Tension artérielle 10/7. Le 8 juillet 1936, ablation des 3e et 4e ganglions lombaires gauches, le 21 juillet des deux splanchniques droits, et ablation du premier ganglion lombaire. Le résultat fonctionnel du point de vue intestinal est immédiatement très satisfaisant, et le demeure depuis quatre ans. Mais depuis plus de trois ans, l'enfant se plaint de faiblesse, de lassitude. Sa mère dit qu'elle travaille mal, qu'elle se lasse au jeu. Jung, qui la revoit régulièrement, découvre un jour que sa tension maxima est habituellement de 7. La minima est très difficile à fixer, probablement au-dessous de 5. On administre alors de la cortine et du sel, qui améliorent rapidement cet état. Mais dès qu'on cesse, les malaises reprennent, et depuis trois ans, la tension reste basse, 8/5 au dernier examen de Jung en mars 1940.

J'ai fait ou fait faire par mes aides 225 splanchnicotomies, jusqu'en janvier 1942, plus des deux tiers en dehors de l'hypertension. Je n'ai vu un déficit surrénalien que dans cette unique observation. Je pense qu'il faut la retenir. Et dernièrement (octobre 1940), chez un enfant qui avait une tension basse, j'ai renoncé à cause d'elle à la section du splanchnique, pour faire l'ablation des trois derniers ganglions.

L'ablation des ganglions lombaires m'a donné d'excellents résultats quand je l'ai faite des deux côtés, suivant le conseil d'Adson. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'y joindre l'ablation du présacré. L'opération est, me semble-t-il, plus efficace si on enlève de 2 à 4 inclus, que si on se borne à enlever le 3e.

De l'infiltration du splanchnique dans les accidents aigus du mégacôlon congénital chez le nourrisson

Les résultats obtenus dans les accidents chroniques du mégacôlon de l'enfant donnent à penser que l'anesthésie splanchnique pourrait être utilisée comme traitement d'urgence dans le mégacôlon du nourrisson. Je ne connais personnellement pas de cas où une énorme distension colique met dès la naissance un enfant en état grave, d'emblée et rapidement mortel. Jusqu'ici, on était désarmé devant pareil tableau. Mallet-Guy et Eparvier m'ont communiqué une observation, qui montre ce que l'on peut espérer de l'infiltration en pareille occurrence.

Voici le fait :

Syndrome grave d'obstruction intestinale par mégacôlon congénital chez un nourrisson de trois jours. Efficacité de l'infiltration des chaînes sympathiques lombaires.

Le 25 mars 1941, un nourrisson de trois jours, de sexe féminin, est vu par le Docteur Eparvier, pour un syndrome d'occlusion intestinale. L'état du nourrisson est extrêmement inquiétant. L'abdomen est le siège d'un météorisme considérable. Il n'y a pas d'ondes péristaltiques, mais une dilatation asymétrique de l'abdomen dessinant de larges anses distendues. L'enfant rejette tout ce qu'il absorbe depuis sa naissance. Le dernier vomissement, entièrement bilieux, est très abondant. L'excitation de l'anus n'a permis d'obtenir, en tout et pour tout, qu'une très faible quantité de méconium. L'examen est facile, car l'enfant ne s'agite pas et ne crie pas ; il n'y a pas d'imperforation anale. Le doigt ne ramène pas de sang.

Une radiographie est pratiquée, sans préparation. Elle montre une image de mégacôlon, surtout typique sur le côlon droit et sur le transverse, dont l'angle gauche, refoulant le diaphragme, atteint la 6e côte. Une radiographie, prise en position verticale, fait voir un niveau liquide dans l'ampoule cæcale.

Dans ces conditions, une *infiltration bilatérale de la chaîne sympathique lombaire* est faite (5 c. c. de novocaïne). Au cours même de l'infiltration de droite faite la première, l'enfant émet quelques gaz et a une petite débâcle méconiale. Cependant le cliché pris de suite après l'infiltration, n'indique aucune modification visible de l'état colique.

Le lendemain, un lavement baryté montre qu'il s'agit bien d'un mégacôlon. Il n'existe aucun obstacle sur le trajet du gros intestin. A la suite du lavement, on assiste à une selle et à l'émission de gaz et le ventre se déballonne nettement.

Les vomissements ont d'ailleurs cessé ce jour à 7 heures du matin et, dans la journée, le personnel de la Maternité, qui avait considéré l'enfant comme irrémédiablement perdu, note une grande amélioration dans l'état fonctionnel et général. A partir de ce jour, les biberons sont pris sans aucun incident, et rien ne distingue plus ce nourrisson d'un nourrisson normal. La courbe de poids est d'ailleurs celle d'un nourrisson normal : le poids à la naissance est de 3.560, la chute de poids habituelle s'est faite jusqu'à 3.100. Elle s'est arrêtée le 5e jour, comme il est de règle, et c'est au cours de cette phase descendante de la courbe que l'infiltration lombaire est venue bloquer les phénomènes de mégacôlon. L'infiltration est du 25 mars, et dès le 27, le poids remonte normalement, ayant regagné aujourd'hui celui de la naissance.

Ainsi on a pu constater que la courbe de poids n'a pas été influencée par le syndrome mégacôlon, puisque l'enfant a été efficacement traitée par infiltration au 3e jour, alors que normalement il aura absorbé peu de liquide jusqu'à ce moment.

Un contrôle radiographique a été fait jour par jour, et a montré une réduction progressive de la dilatation intestinale ; le deuxième cliché date du 29 mars 1941, soit quatre jours après l'infiltration lombaire, et montre un gros intestin à peine distendu, un cæcum et un côlon transverse devenus presque d'un calibre normal, et un angle gauche montant seulement au niveau de la 9e côte.

Six mois plus tard, Mallet-Guy revoit l'enfant qui a encore un ventre volumineux, mais paraît s'élever presque normalement.

Il est très vraisemblable que l'effet de l'infiltration ne sera pas indéfini, et qu'il y aura lieu de répéter la novocaïnisation des chaînes lombaires. Il est même possible que l'on soit amené, lorsque la résistance de l'enfant sera suffisante, à envisager une sympathectomie. Mais cette observation mérite d'être retenue à titre d'exemple de la simplicité avec laquelle une simple injection de 5 c. c. de novocaïne a pu réaliser le traitement d'urgence de ce syndrome extrêmement grave du nouveau-né. Dans l'esprit d'Eparvier, le geste de Mallet-Guy était un geste désespéré. Il avait vu mourir dans de semblables conditions, un bébé qui présentait des phénomènes analogues. Et, détail qui n'est peut-être pas négligeable, si l'on veut chercher un facteur de carence alimentaire dans le déterminisme du mégacôlon, l'enfant qu'Eparvier avait vu mourir ainsi, était le propre cousin de celui dont Mallet-Guy m'a remis l'observation.

◆

De tout ceci, il faut conclure que l'origine neurogénique du mégacôlon et du dolichocôlon est bien près d'être démontrée.

De l'infiltration du splanchnique comme traitement de certaines constipations par stase

L'expérience acquise permet de penser que dolichocôlon et mégacôlon sont habituellement des maladies par déséquilibre de l'innervation antagoniste du gros intestin.

Elle m'a poussé à aller plus loin et avec mes aides Frieh, Servelle, Latarjet, Mlle Ricordeau, j'ai, dans ces deux dernières années, étudié l'effet de l'anesthésie du splanchnique et du sympathique lombaire uni- ou bilatérale sur la constipation dite par atonie, en dehors de tout processus inflammatoire.

Nous avons procédé comme pour le mégacôlon : Radioscopie sans préparation, lavement baryté, radiographie, attente de vingt minutes, nouvelle radiographie, infiltration splanchnique, radioscopie et radiographie immédiate, puis renouvelée au bout de dix minutes et de vingt minutes.

Nous avons très vite constaté qu'un certain nombre de ces adultes constipés avaient des colons trop longs et dilatés, demeurant atones, jusqu'au moment où l'anesthésie splanchnique libère l'influence parasympathique de l'hypertonie sympathique. Alors, presque aussitôt, le gros intestin se contractait violemment, changeait de calibre, de forme et de longueur et l'expulsion avait généralement lieu peu après.

Les images radiographiques prises à dix minutes d'intervalle dans le même endroit sont tellement différentes qu'on a peine à croire qu'elles avaient été prises sur le même sujet.

Chez certains de nos malades, l'infiltration a été répétée à rythme variable, deux ou trois jours par semaine, ou une fois par semaine pendant un mois et plus. Il y a eu des améliorations appréciables, durant plusieurs semaines sinon plusieurs mois. Puis, peu à peu, à échéance variable, le trouble est reparu, mais atténué, Paul Savy, Charles Garin, Mallet-Guy ont fait les mêmes observations. Garin a groupé ses remarques dans la thèse de son élève Cuvereaux (1). A Porto, mon ancien élève Souza Pereira a retrouvé les mêmes faits.

Parfois j'ai coupé ultérieurement le splanchnique. Les résultats ne sont pas assez anciens pour que j'en parle. Ils ont l'air satisfaisants et je crois qu'on peut se demander si ces malades, dont la vie est littéralement démolie par leur intestin, que personne ne prend en pitié et dont le psychisme tourne à la hantise intestinale, ne seraient pas justiciables d'une opération combinée bilatérale comme celle dont j'ai parlé pour le mégacôlon de l'enfance.

Je ne crois pas utile de rapporter des observations qui ne montrent qu'une longue plainte stercorale. Les radiographies sont plus explicites.

Infiltration lombaire du splanchnique dans les colites spasmodiques

Evidemment, c'est un paradoxe que de songer à traiter les maladies du spasme comme les maladies de la dilatation.

Mais c'est un fait que le spasme colique cède rapidement à l'anesthésie sympathique.

Il y a trois ans, j'ai fait connaître les premiers résultats ainsi obtenus dans le *Progrès médical*, 7 janvier 1939.

J'ai eu la chance de revoir deux des malades dont l'observation avait été publiée alors.

Je résume ces deux observations avec le résultat constaté.

Observation

Observation I. — J.-L., 68 ans, adressé pour néoplasme sigmoïdien. Histoire de colite tardive après radiothérapie pour hypertrophie prostatique : douleurs, amaigrissement, radiographie sans obstacle.

Infiltration splanchnique : soulagement immédiat, suppression des coliques.

Deuxième infiltration le lendemain : selle spontanée ; pas de douleurs.

Troisième infiltration :

Revu trois mois après : retour complet des fonctions, guérison complète.

Revu 18 mois après : guérison maintenue.

Travaille au bout de trois ans : guérison maintenue.

Observation II. — E. R., 28 ans. Colite spasmodique.

Anesthésie splanchnique le 7 décembre 1937. Soulagement immédiat.

Deuxième anesthésie le lendemain : suppression complète des douleurs ; selle spontanée sans douleur.

Troisième anesthésie.

Revu un mois plus tard, puis après quatre mois : guérison maintenue.

En avril 1941 : la guérison s'est maintenue. Le malade mobilisé a été fait prisonnier. Il est resté sans douleur et sans trouble jusqu'au milieu de sa captivité. Le régime du camp a ramené des douleurs. Il a pu à cause de cela être rapatrié : une nouvelle infiltration le calme. La guérison a tenu trois ans.

Depuis lors, j'ai plusieurs fois infiltré d'autres malades. Même dans des cas anciens, toujours le résultat a été identique. Il a pu être incomplet. Il n'a jamais été indifférent ou nul. Ce qui prouve bien l'efficacité de la méthode c'est qu'à rythme régulier, tous les cinq ou six mois, les malades qui n'adorent pas les piqûres en général viennent se faire infiltrer deux ou trois jours de suite.

Peu importe l'explication. Il y a des faits et c'est ce qui importe.

Réflexions physiologiques sur tous ces faits

Les faits dont il vient d'être question, n'ont pas qu'une portée thérapeutique et pathologique.

Ils nous invitent à réfléchir sur les réalités de l'innervation double et antagoniste du tube digestif.

Cette notion de l'innervation double et antagoniste que nous devons à Gaskell, est tantôt séduisante, tantôt contradictoire aux faits, et elle demeure discutée.

Il semble bien, que ce qui la rend contradictoire, c'est que, dans toute une série d'expériences, l'action d'un type déterminé de nerfs est variable suivant l'état physiologique de l'organe considéré.

C'est ainsi que si on excite le vague, alors que le cardia est en état de relâchement, l'excitation est suivie d'une contraction, alors que si le cardia est fermé, l'excitation du même vague en provoque l'ouverture.

Les faits mis au jour par l'anesthésie des splanchniques ou par les résultats de leur section dans des conditions pathologiques, viennent rejoindre les remarques des physiologistes.

Il est curieux, en effet, de noter que l'anesthésie unilatérale ces splanchniques donne, suivant les cas, le relâchement de la dontracture d'un côlon spastique, ou la contraction d'un côlon dilaté. L'observation a été si souvent répétée, qu'il n'est pas permis de la mettre en doute.

On dirait que l'anesthésie splanchnique agit comme correction du désordre existant et ce qui est plus curieux, elle agit thérapeutiquement de façon durable.

Une infiltration splanchnique pour un mégacôlon arrive à corriger pour plusieurs jours ou plusieurs semaines le déséquilibre de l'innervation, alors qu'elle n'a qu'une action très passagère sur la tension artérielle.

De même, inversement, l'infiltration splanchnique chez un hypertendu fait baisser sa tension pour plusieurs jours, et ne change rien apparemment dans le même laps de temps au fonctionnement intestinal s'il est normal.

L'infiltration du splanchnique pour un mégaestomac ne semble pas modifier l'évacuation du gros intestin, si elle est normale.

C'est pour cela que je n'aime pas employer le mot de blocage du splanchnique, car il ne semble pas que le splanchnique soit bloqué en totalité, même si l'anesthésie est bilatérale.

Comment agit exactement cette anesthésie ? J'ai dit qu'elle agit comme une simple correction des fibres dont le tonus est modifié.

Mais ceci n'est qu'une constatation de faits. Cela ne présage rien ni du mécanisme interne, ni du mode d'action.

N'en est-il pas ainsi de beaucoup de médicaments susceptibles d'action générale et qui n'agissent électivement que sur l'organe qui souffre ?

(1) Cuvereaux. — De l'infiltration anesthésique du splanchnique ou du sympathique lombaire dans le mégacôlon et le dolichocôlon. Thèse de Lyon avril 1941.

Il y a encore une autre remarque que j'ai faite, en demandant qu'on n'en tire aucune conclusion prématurée. J'ai l'impression que, dans certains cas, l'anesthésie splanchnique fait mieux que la section. Le résultat n'est pas certainement identique. Mais mon observation n'est pas encore assez longue pour que je puisse aller au-delà de cette simple réflexion.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur quelques cas d'appendicite aiguë

Par le Professeur G. JEANNENEY

Il y a 60 ans (1882), un homme d'état célèbre était pris d'un syndrome abdominal aigu ; les sommités médicales de l'époque, appelées à son chevet, après quelques jours d'inquiétude, publièrent des bulletins de santé favorables. Lorsque survint une aggravation, un jeune chirurgien (Lannelongue) proposa d'opérer, mais cette imprudence fut écartée. Puis se manifesta une poussée phlegmoneuse de la région lombaire et le malade succomba. Ainsi mourut Gambetta et le protocole d'autopsie, en constatant une gangrène appendiculaire, concluait que, dans l'état actuel de la science, il aurait été impossible de sauver l'illustre patient.

Pourtant Mélier, dès 1827, avait pensé à faire opérer ces malades. Mais, c'est en 1886, que Reginald Fitz, de Boston, décrit l'appendicite et son traitement, et, en 1890, que Talamon et Dieulafoy démontrent que *la maladie est chirurgicale.* Grâce à eux, grâce aux pionniers de cette chirurgie, Jalaguier, Bérard, Roux, Bégouin, des milliers de vies furent sauvées.

Car l'*appendicite est extrêmement fréquente,* si fréquente qu'on a pu écrire avec humour : « L'appendice est un petit organe qui fait vivre à lui seul toute une honorable corporation ».

Pourquoi l'appendicite est-elle une maladie si grave ? Parce que l'appendice est un organe lymphoïde, dont la structure rappelle celle de l'amygdale, et qui, placé *dans un milieu septique* peut facilement s'infecter, — les colibacilles, les anaérobies aux toxines si virulentes sont alors ses hôtes. L'infection se fait aussi *par voie sanguine* : le streptocoque s'associe alors aux anaérobies et des perforations des gangrènes massives et hyperseptiques de l'organe surviennent. Et comme l'appendice est *intra-péritonéal,* l'infection gagne la séreuse : elle peut s'y cloisonner en *abcès* rétro-cæcaux, lombaires, voire même pelviens ou sous-phréniques. Mais souvent, elle se généralise et la *péritonite aiguë diffuse* est une complication souvent mortelle de l'appendicite. Ce bref rappel permet de comprendre d'abord les *signes* de l'appendicite et aussi pourquoi le chirurgien devra *gagner de vitesse l'infection* en enlevant l'organe avant que les germes aient diffusé.

Les signes sont d'abord *appendiculaires,* puis *abdominaux,* puis *péritonéaux.* C'est ce qui explique pourquoi l'*appendicite* au début est pauci-symptomatique, revêt des masques, et laisse hésitant le débutant à instruction purement livresque qui guette la classique triade de Dieulafoy.

Au début, la *douleur, signe le plus fréquent,* commence d'abord au creux épigastrique (c'est une indigestion, dit la famille), et ne descend que plus tard vers l'ombilic et la *fosse* iliaque droite. C'est là qu'elle acquiert son maximum d'intensité : elle est profonde et sourde, spontanée ; éveillée par la respiration qu'elle coupe, exagérée par la toux. Son intensité est variable : *colique, barre* épigastrique, clou ou horribles lancinements si intenses qu'on est tenté de les calmer par la morphine, ce qu'il faut bien se garder de faire, car on se priverait du meilleur des symptômes (Mondor), chercher la *zone douloureuse* par la pression des doigts à plat au point de Mac Burney, ou par la brusque décompression de ce point (Blumberg), ou en y refoulant les gaz par pression du côlon gauche (Rovsing) est le geste qui renseignera le mieux le praticien. Mais le caractère subaigu de la douleur, ses irradiations anormales vers la vessie, (a. pelvienne), les rein (a. rétro-cæcale), le foie, ne doivent pas égarer son diagnostic.

Au simple *état nauséeux* du début, signe d'irritation du pneumo, succèdent des *vomissements* alimentaires ou bilieux, entretenus par les infusions que l'entourage administre, — vomissements de défense « excluant » la partie malade. Ils peuvent manquer ou s'atténuer même dans les crises graves. On les voit revenir plus tard : verts, porracés, noirâtres, — à la phase de péritonite.

L'*arrêt des matières et des gaz peut manquer.* Il y a d'ailleurs souvent diarrhée et gaz au début — phénomène de défense vidant l'intestin — puis l'occlusion dure tant que dure la crise. Mais on connaît des types chölériformes ou dysentériformes particulièrement graves.

La *fièvre* est de règle, autour de 39°. Mais que de formes apyrétiques — ou presque — avons-nous vues sans qu'on puisse en préjuger la bénignité de la crise.

Devant ce syndrome, examinez ta malade : son facies est un peu tiré, parfois « abdominal » parfois inchangé. Prenez le *pouls* : il doit être d'accord avec la température : 90, 100, mais parfois il est en désaccord : pouls filant et incomptable des formes hypertoxiques, pouls lent de douleur, pouls dépressible, instable des perforations.

Regardez le ventre nu : la respiration a pris un type thoracique et le ventre est immobile, figé ; parfois même une *contracture* intense y dessine les muscles (perforation).

Palpez doucement et patiemment en commençant par les régions saines. Toujours vous décèlerez : 1° une *douleur* profonde, soudaine, dans la zone appendiculaire et 2° de la *défense* qui durcit la paroi dès que le palper veut atteindre la profondeur, d'abord dans la zone malade, puis au-delà, enfin à tout le ventre. Plus tard, apparaît la *contracture* qui raidit, sans qu'on les sollicite, tous les muscles.

Si vous le pouvez, faites un *examen du sang* : un frottis vous montrera une intense *polynucléose* signe dont les Américains, puis Bécart et Sabrazès ont souligné depuis longtemps l'importance.

Plus tard apparaissent des *signes péritonéaux* hyperesthésie cutanée, vomissements porracés, contracture, mais c'est alors presque trop tard pour faire le diagnostic.

Une série d'exemples, pris parmi les urgences du service, de ces dernières semaines, résumera ces notions :

Observation I. — M. L..., 27 ans. A un passé gastrique. Brusquement le 10 janvier 1942, douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, constipation, fièvre à 38°5 ; facies tiré. On trouve une douleur franche au Mac Burney, avec *défense.* Leucocytose, 19.000. Polynucléose 80 %. Le malade est opéré dix heures plus tard. Appendice turgescent, couvert de fausses membranes. Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Dix jours après le malade rentre chez lui guéri.

Malheureusement des cas aussi typiques sont exceptionnels et voilà pourquoi tout va mal.

Observation II. — F..., 12 ans, est pris de *coliques* et de douleurs en barre, région ombilicale. Le 2 février 1942, fièvre à 38°. Diarrhée. On pense à une *entérite.* Diète. Compresses chaudes. Le 4, fièvre à 39°. Un vomissement. Légère défense à droite. On opère : l'appendice est gangréné. Suites bonnes. Séjour : quinze jours.

Observation III. — P. L..., 52 ans. Douleur à droite. Nausées Arrêt des matières et des gaz. A la 36e heure opération : appendicite perforée avec péritonite purulente. Appendicectomie le 4 mars 1941. Exéat le 19 avril 1941. Mais le malade revient pour une fistule pariétale en juillet, qu'on résèque. Séjour total : trois mois.

Observation IV. — P. Maris, 18 ans, 3 novembre 1941, douleur, à type de torsion dans tout l'abdomen, deux vomissements, une selle. Accalmie, mais 48 heures plus tard, reprise de douleurs, diarrhée et fièvre. La malade entre à l'hôpital à la 60e heure. On tente le refroidissement et l'opération est faite dans de bonnes conditions, six semaines plus tard. Séjour total : deux mois et demi.

Diagnostic. — Le *diagnostic* est facile, lorsque ces différents signes sont groupés. Mais ils peuvent être isolés ou atténués surtout si le médecin vient une fois la première flambée passée, à *la phase d'accalmie traîtresse de Dieulafoy* : — occasion saisie par la famille, perdue pour le médecin.

Le *diagnostic peut être aussi très difficile* en face de formes

anormales : *formes frustes, ultra-frustes* de Babonneix, des nourrissons ou des vieillards, *formes rétro-cæcales*, à symptomatologie rénale, *formes pelviennes* plus ou moins basses, formes de la femme enceinte sans défense musculaire, ainsi des erreurs sont possibles, et quelques-unes fort regrettables.

Diagnostic différentiel

1° *Il y a des erreurs qui conduisent à l'opération* :

a) *Les unes ne sont pas à regretter* puisque l'opération leur est utile : perforation d'ulcère, rupture de grossesse tubaire, torsion de kyste ;

b) *Les autres auraient du être évitées* puisque l'opération est pour le moins inutile : coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines, tabétiques, acétonémiques ;

c) *Les autres sont déplorables parce que l'opération est un gros risque* : ainsi la *pneumonie droite* avec son point de côté abdominal (par irritation des IXe, XIIe inter-costaux). Pensez à cette erreur, surtout chez l'enfant. Mais *losrque vous l'aurez écartée, si un doute persiste encore,* ne vous abstenez pas : dans le doute opérez ; pensez toujours à l'appendicite : en y pensant toujours, on n'y pense quand même pas assez.

Voici un cas où malheureusement on s'est abstenu :

Observation V. — N. P..., 19 ans, crise douloureuse abdominale droite, mais point de côté thoracique et signe de congestion pulmonaire. A cause de cette congestion, on hésite : glace, uroformine. Le pouls reste élevé (120), tandis que la température s'abaisse. Brusquement au dixième jour perforation, péritonite diffuse et décès malgré laparotomie et drainage.

2° *Car il y a des erreurs graves parce qu'elles écartent l'indication opératoire.* Et elles sont d'autant plus graves qu'outre le temps perdu, on applique des traitements intempestifs et dangereux (et, en particulier la maudite purgation) : il y a ainsi des *mots qui tuent,* s'écrie avec raison Babonneix : *entérite, indigestion.*

Diagnostic des formes cliniques

Appendicite rétrocæcale : la douleur postérieure et haute simule la colique néphrétique ou hépatique. Il n'y a ni vomissement, ni constipation, ni défense. Mais la fièvre est marquée, le pouls rapide et mou, le faciès altéré. En se couchant sur le côté gauche, le malade souffre à droite (Lecène). Dans cette position, la palpation du flanc droit réveille la douleur.

Appendicite pelvienne haute. — Nausées, douleurs coliques, occlusion subaiguë et fièvre : on dit « embarras gastrique », et une péritonite diffuse fait éclater l'erreur.

Appendicite pelvienne basse : Douleurs basses, troubles vésicaux (rétention, douleur à la fin de la miction), épreintes et ténesme rectaux : un abcès du Douglas en est l'aboutissant.

Observation VI. — C. Gérard, 20 ans, 1er novembre. Coliques, diarrhée, puis tout s'améliore après 24 heures de lit et 48 heures de diète. Le diagnostic n'est pas fait. Le 11 novembre, douleurs dans le bas ventre à la fin de la miction, et vomissements. On envoie le malade à l'hôpital.

16 novembre : Appendicectomie : l'appendice est en position basse latéro-vésical, il baigne dans un abcès. Drainage. Une fistule s'installe qui nécessite une intervention le 7 janvier. Le malade quitte le service le 5 mai 1941. La maladie a duré six mois ; traitée à temps, elle aurait pu guérir en dix jours.

Les signes urinaires dominent parfois la scène, témoin l' :

Observation VII. — R. 60, ans. Pour rétention d'urine et fièvre légère, est envoyé par son médecin au Docteur Dax qui nous l'adresse aussitôt ; il se présente à notre consultation marchant appuyé sur une canne, et est surpris que l'urologue ait dédaigné sa rétention d'urine. Aussitôt opéré, nous trouvons un appendice gangréné baignant dans un abcès rétrovésical. Suites bonnes.

Appendicite du vieillard : torpide, évolue vers la gangrène avec le minimum de signes : peu de fièvre (38°), pouls à 80, facies assez bon, ventre souple, (la paroi du vieillard est flasque, sans muscles), ballonnement précoce. Le seul signe constant est la douleur à droite.

Appendicite et grossesse : L'absence de défense et de contracture (muscles étirés) fait dire pyélonéphrite et la péritonite et l'avortement sanctionnent l'erreur.

Observation VIII. — Mme L..., au huitième mois de sa quatrième grossesse présente une crise douloureuse droite avec frissons, vomissements, pollakyurie. On pense à une pyélonéphrite. La malade nous est adressée au sixième jour en pleine péritonite. Aucune défense. Laparotomie, appendicectomie, drainage. Accouchement d'un enfant mort. Suites mouvementées (abcès sous-phrénique et abcès du Douglas). Guérison.

Indications thérapeutiques

Il suffit de penser à ces signes un peu particuliers, à la fréquence des formes atypiques et frustes, pour ne pas passer à côté du diagnostic. Celui posé ou seulement soupçonné, il importe alors *de convaincre la famille qu'il faut transporter le malade dans un milieu chirurgical.* Le médecin usera de toute son autorité persuasive en faisant ressortir les points suivants :

On sait comment une appendicite commence, *on ne sait jamais comment elle évoluera* : la forme la plus bénigne au début peut, en quelques heures évoluer vers la perforation, la péritonite et la mort.

L'appendicite n'a pas de traitement médical : en opérant dans les 48 premières heures, le malade est d'ordinaire guéri dans le même temps qu'en opérant à froid.

C'est avec le « refroidissement » qu'on voit survenir les pires désastres. Car la *mortalité* est due au *retard apporté à l'opération.*

Ainsi, *même s'il y a un doute,* il ne faut pas s'abstenir, il ne faut pas même temporiser, mais opérer.

Cette décision prise, il faut *préparer le malade tout en le conduisant au chirurgien.*

Diète absolue, sérum physiologique sous la peau pour calmer la soif, glace sur le ventre. Surtout ni morphine, ni purgation : si par malheur la famille a administré une *purgation,* le danger devient redoutable.

Observation IX. — Lucette L..., 11 ans, en vacances à la campagne chez des parents. Le 15 août, est prise de coliques et de vomissements. A 9 heures, on téléphone au médecin qu'il s'agit sans doute d'une indigestion par absorption exagérée de fruits et on demande si on peut donner une purgation. Cette suggestion est imprudemment acceptée. A 13 heures, perforation. On ne joint le médecin que le soir. Au lieu d'accompagner la malade au chirurgien, il part à la recherche de celui-ci, absent de la sous-préfecture voisine. Il finit par ramener à l'aube un chirurgien trouvé à la ville. Celui assiste à l'agonie par péritonite diffuse hyperseptique de l'enfant. La maladie a duré 24 heures. Deux fautes : la purgation, la tentative de consultion au lieu de conduire la malade dans un milieu chirurgical.

L'appendice enlevé, le chirurgien se trouvera bien de drainer les formes gangréneuses et perforées, et au besoin de les mécher au déclive, dans la région lombaire ou vers le Douglas ; d'administrer des sulfamides et de les associer aux sérums de Vincent (anti-strepto et anti-coli), de donner des tonicardiaques.

Mais tout l'art de l'opérateur et toute la science du thérapeute ont peu de poids à côté du diagnostic précoce : c'est par lui que le praticien permet l'action salvatrice : il marque la primauté du spirituel — le diagnostic — sur le matériel : l'acte opératoire, comme si souvent dans notre art.

Les maladies des reins, par Henri PAILLARD. 376 pages, 131 figures. (Maloine), 80 francs.

Ouvrage essentiellement destiné aux étudiants et aux praticiens. Il est le résumé de l'expérience de l'auteur et de son enseignement.

Manger pour vivre en bonne santé, par P. LASSABLIERE, 480 pages. (Maloine), 95 francs.

Un livre pratique et d'actualité.

Formulaire Astier, 9e édition (1942), in-18, 1.300 pages, reliure peau souple. Prix : 90 francs. « Le Monde Médical », éditeur, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris.

Rectifications, adjonctions et suppressions ont été réalisés avec l'unique préoccupation de présenter un aide-mémoire rigoureusement mis à jour méritant mieux que jamais la réputation que ce Formulaire s'est acquise de longue date.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la maladie d'Addison (1)

Par M. le Docteur **H. STEVENIN**

La maladie d'Addison est un syndrome que détermine la destruction lente des capsules surrénales : ordinairement tuberculose, rarement sclérose post-infectieuse, syphilis, néoplasme. On ne peut faire entrer dans ce cadre ni l'insuffisance surrénale légère, qui n'évolue pas vers la maladie d'Addison caractérisée, ni l'insuffisance surrénale aiguë.

Des progrès considérables ont été récemment accomplis tant au sujet du syndrome biologique de la maladie qu'à celui des hormones du cortex surrénal.

Syndrome humoral

Il est réalisé dans son ensemble et par l'ablation des surrénales chez l'animal et par la maladie d'Addison chez l'homme. Il est intéressant à considérer car il fournit des indications à la thérapeutique et permet d'en suivre les effets.

Hypochlorémie et hyponatrémie. — Baumann et Kurland ; les premiers, ont montré en 1926 que l'ablation des surrénales provoquait la diminution du chlore et du sodium sanguins. Le même phénomène s'observe chez l'addisonien, encore aggravé par la fréquence de la diarrhée et des vomissements. La perte du sodium semble la plus importante, de sorte qu'en plus de celle du chlorure de sodium il y a déperdition de bicarbonate de soude et baisse de la réserve alcaline. De fortes doses de sel prolongent la vie d'animaux décapsulés.

Parallèlement on note des troubles de l'équilibre hydrique, une diminution considérable de l'hydrémie d'où en particulier découlent :

— l'élévation du taux des protides sanguins ;

— le ralentissement de la sédimentation globulaire ;

— le raccourcissement du temps de saignement. Inversement nous verrons qu'un excès d'hormone corticale peut être cause d'œdèmes.

Hyperkaliémie. — Le taux du potassium sanguin s'élève jusqu'à sept fois sa valeur normale chez l'animal décapsulé. L'état d'un tel animal s'aggrave nettement par un régime riche en potassium, la survie étant au contraire notablement prolongée par la carence en ce principe. Ziommer et Frutkowski ont montré l'analogie de l'intoxication expérimentale par le potassium avec les signes de l'insuffisance surrénale.

Hypoglycémie. — Le sucre sanguin s'abaisse avec augmentation de la tolérance aux glucides et de la sensibilité à l'insuline. Le rôle du cortex est prouvé par le fait que l'extrait désadrénaliné reste nettement hyperglycémiant.

Augmentation de l'azote non protéique. — Urée et azote résiduel s'élèvent chez l'animal décapsulé.

Soufre et glutathion. — Loeper, Decourt et Ollivier ont décrit dans le sérum des addisoniens une augmentation du soufre total et surtout du soufre neutre. Ils concluent à une altération de la fonction thiopexique de la surrénale, l'excès de soufre neutre en circulation faciliterait la production de mélanine et expliquerait la mélanodermie.

Les variations du glutathion (Binet et collaborateurs) sont fort importantes. Ce corps soufré, tripeptide formé d'une molécule de cystéine, de glycocolle et d'acide glutamique, représente un catalyseur important qui joue dans les oxydo-réductions cellulaires. C'est le glutathion réduit du sang qui est diminué : 120, 100, 60 milligrammes par litre au lieu de 170 à 260 normalement.

Ce syndrome humoral s'observe en expérimentation chez les animaux surrénalectomisés. Il s'observe également chez les addisoniens ; il faut remarquer toutefois que certains éléments en sont aussi et plus marqués dans les insuffisances surrénales légères que dans la maladie d'Addison (glutathion par exemple).

Parmi ces tests, certains viendront aider, joints à l'appréciation de l'évolution clinique, à étudier l'influence du traitement. Citons parmi eux :

— le dosage du glucose sanguin ;

— des chlorures, de la réserve alcaline.

Harrop étudie l'effet du régime sans sel pendant deux jours sur la chlorémie : alors qu'elle reste normalement inchangée, on obtient chez l'addisonien une hypochlorémie provoquée.

Si on est outillé on peut pratiquer le dosage de la désoxycorticostérone (Giroud) basé sur la semi-contraction des cellules pigmentaires des écailles de cyprin ou de carpe.

En pratique les deux tests les plus recommandables semblent être :

— le dosage du glutathion réduit, qui s'élève lorsque l'état s'améliore ;

— l'ergographe de Masso, modifié par Stévenin et Balazuc. On fait tracer au malade trois courbes avec un repos de cinq minutes entre chacune d'elles. Alors que chez le sujet normal le travail est à peu près égal sur les trois courbes, chez le surrénalien la deuxième et surtout la troisième montrent une diminution marquée du travail.

Des examens successifs permettent de suivre la marche de la maladie.

***

Traitement

Le traitement, longtemps purement symptomatique ou soumis à des conceptions pathogéniques diverses, est resté totalement inefficace jusqu'à l'institution de :

L'opothérapie surrénale. — Employée pour la première fois, semble-t-il par Brown-Séquard en 1856, elle lui permit de prolonger un peu la survie des animaux surrénalectomisés. On l'employa tout d'abord en injections sous-cutanées d'extraits aqueux ou glycérinés. Les résultats publiés se groupent de façon très diverse :

— Cas à résultat nocif, assez nombreux, avec signes d'intolérance ;

— Cas à résultat nul, assez nombreux ;

— Cas à amélioration partielle ou temporaire ;

— Cas de guérison, extrêmement rares.

L'opothérapie par voie buccale est également utilisée, deux cas de guérison (Béclère, Hirtz) sont publiés.

Mais les résultats de l'opothérapie, employée faute de mieux en y ajoutant l'adrénaline lors des épisodes aigus, restaient très incertains. La mort survenait en règle en dix-huit mois à deux ans.

Hormone corticale. — Aussi a-t-on accueilli avec enthousiasme la nouvelle qu'on avait réussi à extraire l'hormone permettant de maintenir en vie l'animal décapsulé et le sujet addisonien.

Stewart et Rogoff en 1928, Hartmann en 1929, obtiennent des extraits actifs. On parvint à une cortine dont 1 c. c. correspondait à 40 grammes de glande fraîche, et dont on injectait 2 à 5 c. c. par jour, en augmentant jusqu'à 50 ou 60 c. c. lors des accidents aigus.

Les résultats sur ces accidents ont été remarquables ; on observait rapidement leur régression avec restauration des forces, en même temps que les symptômes humoraux s'amendaient dans une proportion importante.

Dans la majorité des cas à évolution lente, on obtint des améliorations sérieuses, mais l'issue restait toujours la mort subite à plus ou moins longue échéance. Dans certains cas même l'échec était complet. Dans l'ensemble les auteurs n'ont noté que des améliorations transitoires, du reste l'énorme quantité de cortex nécessaire en rendait l'emploi à peu près prohibitif.

(1) Leçon faite à la Faculté de Paris.

Hormone de synthèse

En 1935 Kendall obtint une hormone cristalline qu'il nomma cortine. En 1937 Steiger et Reichstein ont extrait du stigmastérol du soja la désoxycorticostérone.

L'injection à l'animal décapsulé d'acétate ou de propionate de désoxycorticostérone suffisait à assurer leur survie et à faire disparaître la plupart de leurs troubles cliniques et humoraux.

On a pu extraire d'ailleurs, à côté de la désoxycorticostérone une série d'autres substances d'activités variables, mais celle-ci est la plus active en particulier sur les modifications sanguines. Par contre elle agit peu sur le métabolisme glucidique et son rôle est discuté dans l'activité musculaire et la résistance aux poisons.

En outre c'est la seule hormone cristallisée facile à produire par synthèse en grande quantité.

Sur l'action clinique de l'hormone de synthèse nous ferons de nombreux emprunts à l'important mémoire de De Gennes et ses collaborateurs (7 novembre 1941).

La première observation française a été présentée en mars 1939 par De Gennes. Depuis, d'assez nombreux cas ont été publiés.

On a constaté par le traitement une amélioration rapide des signes cliniques et sanguins, l'hypoglycémie seule étant peu influencée : chlorémie, natrémie et kaliémie reviennent à la normale.

Les *poussées aiguës* s'amendent remarquablement, excepté dans certains cas particulièrement graves, on a vu plusieurs fois le malade sortir d'un véritable coma et reprendre conscience.

Les *troubles digestifs* disparaissent rapidement ainsi que les douleurs.

L'asthénie s'améliore très vite, bien des sujets ont pu reprendre leurs occupations. Toutefois ils restent fatigables, fragiles devant les infections, les chocs traumatiques et opératoires.

La *pigmentation* a été discutée. Alors que les Américains n'accordent à l'hormone qu'une action très incomplète, De Gennes a toujours vu la mélanodermie pâlir du dixième au quinzième jour et finir par disparaître avec des doses élevées et longtemps poursuivies.

L'hypotension est améliorée vers le dixième, quinzième jour.

Le poids s'élève de façon constante et considérable, à la fois par reprise de l'appétit et surtout par changement de l'équilibre hydrique.

Accidents

La possibilité d'accidents impose une grande prudence dans la conduite du traitement. Ce sont avant tout :

— *des œdèmes* de degré variable, commandant l'arrêt du sel, mais se voyant même avec un régime déchloruré comme conséquence directe du traitement hormonal. Ils s'accompagnent d'hypoprotidémie. Ils disparaissent mais non toujours après cessation du traitement et ont pu donner lieu à des phénomènes de défaillance cardiaque ;

— *l'hypertension artérielle* est assez rare, expliquée soit par l'augmentation de la masse sanguine, soit par action directe de l'hormone.

Mode d'emploi. — On utilise la solution huileuse d'acétate de désoxycorticostérone par voie sous-cutanée ou intramusculaire : 25 milligrammes pendant quatre jours, puis 10 à 15 milligrammes pendant 5 jours, puis dose d'entretien (3 à 7 milligrammes dans les cas moyens).

En pratique la dose est variable suivant le malade et sera cherchée par tâtonnements.

Dans les périodes aiguës on donne en règle 20 à 30 milligrammes, mais il faut parfois atteindre 60 milligrammes. L'hormone n'agissant qu'après six heures, il faut dans ce cas donner en même temps par voie veineuse de l'extrait cortical ou si possible de la cortine extractive, et joindre des injections d'adrénaline.

Au total, De Gennes qui n'a jamais observé de corticorésistance insiste sur la régularité d'action de la cortine de synthèse, qu'il oppose à la variabilité de la cortine d'extraction, et dont il compare les effets à ceux de l'insuline. Comme celle-ci d'ailleurs, la cortine n'apporte qu'une hormone de remplacement et doit être injectée chaque jour.

Implantation sous-cutanée de boulettes d'hormone. — Elle permettrait d'éviter cette injection quotidienne.

Thorn et ses collaborateurs ont rapporté l'observation de six malades ayant pu ainsi supprimer pendant un an les injections. On devra déterminer par des injections huileuses les besoins de l'organisme avant de pratiquer l'implantation dans le tissu cellulaire de la région sous-scapulaire.

Autres médications

Elles sont très utiles dans l'intervalle des poussées et même souvent au cours de celles-ci.

Chlorure de sodium. — Lœb a rapporté en 1932 les premières observations d'addisoniens améliorés par le sel ; déjà auparavant on avait montré que le sérum salé prolongeait la vie des animaux décapsulés. L'effet favorable se marque surtout sur l'asthénie et les troubles digestifs. Il s'explique du fait de déperditions considérables du chlorure de sodium au cours de la maladie. Cet effet est surtout dû au sodium, car on l'obtient avec de l'acétate de sodium.

On prescrit le sel :

— par la bouche, 10 à 15 grammes en cachets de 1 gramme dans du lait ;

— par voie intraveineuse : 10 à 20 c. c. par jour de sérum hypertonique à 10 %.

Cystéine. — Conseillée par Rivoire, elle s'emploie dans la maladie d'Addison et aussi avec grand succès dans les insuffisances surrénales légères.

On emploie le chlorhydrate de cystéine, en injections intraveineuses ou intramusculaires à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour. L'action est surtout marquée sur la tension artérielle et l'asthénie.

Acide ascorbique. — Il n'a pas d'action directe sur la maladie, mais agirait sur la fatigabilité musculaire et empêcherait le développement de la pigmentation. De plus, son taux serait en rapport avec celui de la déxoxycorticostérone dans la surrénale. On peut l'employer, par voie buccale, sous-cutanée ou intra-veineuse.

Régime alimentaire. — On doit être ménager d'aliments pouvant intoxiquer les addisoniens : viande en grande quantité, alcool ; — et par contre donner des substances à pouvoir calorifique élevé telles que beurre ou huile.

Le régime devra être pauvre en potassium ; au-dessus de 4 grammes, chiffre normal, il y a perte par les urines d'ions sodium.

Les aliments contenant beaucoup de potassium sont les fruits (300 milligrammes pour 100 grammes), les pommes de terre (400 milligrammes pour 100 grammes), les légumes (300 milligrammes pour 100 grammes). On peut éliminer 75 à 80 % des minéraux et par suite du potassium des légumes en les faisant bouillir deux ou trois fois de suite en eau renouvelée.

Hygiène générale. — Il faut éviter à ces grands asthéniques toute fatigue et même les laisser au lit tant qu'ils ne sont pas stabilisés. Ils supportent mal les infections, il faut donc les isoler quand celles-ci sont à craindre ; mal les intoxications, et on leur évitera les fortes doses de médicaments toxiques, tels strychnine ou arsenic. Enfin les interventions sont redoutables chez de tels malades qui supportent mal chloroforme et éther.

Conclusion

L'exposé que nous venons de présenter montre les énormes progrès réalisés. Il y a quelques années la mort paraissait la terminaison inéluctable de la maladie d'Addison, à échéance assez brève. Aujourd'hui les nouveaux traitements, au premier plan desquels la cortine de synthèse, permettent une

survie beaucoup plus longue et la reprise d'une activité assez marquée.

Peut-on obtenir avec ce traitement une prolongation de l'existence telle qu'on l'obtient chez le diabétique par l'insuline, comme le pense De Gennes, le recul n'est pas encore suffisant pour l'affirmer, d'autant qu'il faut tenir compte des rémissions spontanées qui surviennent au cours de la maladie d'Addison. Il ne faut pas oublier non plus que les addisoniens présentent parfois des lésions tuberculeuses graves, capables d'entraîner par elles-mêmes la mort. Mais quoi qu'il en soit nous pouvons affirmer que nous possédons à l'heure actuelle une thérapeutique véritablement active de la maladie d'Addison.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

La conception des humeurs dans la mélancolie [1]

Par **Jean VINCHON**

Les notions *d'humeur* et de *mélancolie*, ont toujours été étroitement unies. L'étymologie même du mot mélancolie (bile noire) témoigne de cette union. Hippocrate et Galien ont insisté sur le rôle de la bile noire dans la genèse du syndrome mental et leurs conceptions ont été classiques jusqu'à la veille des temps modernes.

Aujourd'hui, la notion *d'humeur*, d'hypothétique est devenue objective grâce à nos connaissances biologiques. Elle comprend l'étude des variations cytologiques et chimiques du sang, c'est-à-dire de la formule sanguine, de l'équilibre acido-basique et du pH du sang et de l'urine, du sucre, du calcium et du potassium sanguins. Avec le cholestérol, nous retrouvons la bile des anciens. Des travaux plus modernes nous ont fait connaître les vitamines, surtout la vitamine PP et les porphyrines. Cet ensemble de connaissances a déjà abouti à des conclusions thérapeutiques, qui deviendront plus nombreuses et plus précises à mesure que les variations pathologiques des humeurs dans la mélancolie seront mieux connues.

***

L'*anémie* est assez fréquente dans la mélancolie ; elle apparaît tantôt comme primitive, tantôt comme secondaire. Parfois, les évolutions du syndrome sanguin et du syndrome psychique semblent parallèles et font penser à l'existence d'un *syndrome neuro-anémique*. Mais ces cas sont rares. Roger (de Marseille), de Morsier (de Genève) retrouvent plus fréquemment ces syndromes dans d'autres psychoses comme la schizophrénie.

Même dans les cas où le parallélisme est certain, la guérison de l'anémie n'entraînera pas forcément celle de la mélancolie ; des chiffres de 2.900.000 hématies avec 60 % d'hémoglobine, de 3.500.000 globules rouges avec 75 % d'hémoglobine ont pu être ramenés à la normale sans que disparaissent le manque de goût pour la vie, la tristesse, les idées de ruine, d'indignité, d'auto-accusation, de suicide.

La *dépression des chlorotiques* doit être différenciée de la dépression mélancolique, car elle comporte un certain nombre de signes comme la recherche de l'isolement du milieu extérieur, le repliement sur soi-même, le refuge dans la vie de rêve qui appartiennent à la psychasténie et à la schizoïdie ; mais même dans la dépression des chlorotiques, la guérison des troubles psychiques ne suivra celle de l'anémie que s'ils ne sont pas intellectualisés sous la forme d'obsessions ou d'idées délirantes et ne présentent que des réactions simples du psychisme à la souffrance organique.

Les évolutions alternantes *d'accès mélancoliques* et de crises de *migraine* qui se succèdent sans coïncider (les troubles mentaux disparaissant avec le retour des céphalées) ont conduit certains auteurs comme Tinel et Santenoise à chercher une origine colloïdoclasique possible des accès maniaco-dépressifs. Elle expliquerait la *leucopénie* qui a pu être constatée au début de ces accès. Aujourd'hui, ces recherches paraissent présenter un intérêt surtout théorique.

***

L'*examen chimique* du sang pratiqué aux différents stades de l'accès mélancolique va permettre de suivre des *variations* physico-chimiques parallèles à celles des troubles mentaux.

L'étude du *pH sanguin*, c'est-à-dire de la quantité d'ions acides en liberté dans le milieu et celle de la *réserve alcaline*, c'est-à-dire du mécanisme régulateur qui évite les fluctuations trop grandes du pH, constituent des méthodes de laboratoire avec des techniques délicates, souvent difficiles à appliquer à des malades anxieux. Rappelons que le chiffre moyen de la réserve alcaline, exprimé en volume de CO^2 est de 60, qu'il peut descendre au-dessous de 30 dans l'acidose grave et dépasser 80 dans les formes sévères d'alcalose. Ces variations du chiffre de la réserve alcaline sont beaucoup plus amples que celles du pH sanguin, normalement de 7,35, atteignant les chiffres extrêmes de 6,80 dans le sens de l'acidose, 7,80 dans le sens de l'alcalose.

Les difficultés rencontrées dans la recherche du pH et de la réserve alcaline sanguine ont amené MM. Laignel-Lavastine et Cornelius à étudier les variations du pH urinaire par la méthode de Van Slyke de Palmer. L'échelle colorimétrique est graduée de 4,6 à 7,5. Le pH urinaire est constamment alcalin chez les mélancoliques. Cette alcalinité augmente au cours des paroxysmes anxieux : quelques gouttes de réactif versées dans 10 c. c. d'urine donnent alors une teinte vert sombre correspondant à un des chiffres les plus hauts de l'échelle.

Les acides organiques sont très concentrés dans l'urine des mélancoliques, ce qui n'est pas contradictoire avec la constatation d'un pH alcalin, parce que ces acides mettent en liberté un nombre minime d'ions H et n'acidifient pas le milieu.

L'alcalinité urinaire coïncide généralement avec l'alcalinité sanguine avec élévation de la réserve alcaline et du pH sanguins et avec l'hyperexcitabilité vagale. Les médicaments acidifiants ont confirmé la constatation de l'alcalose urinaire chez les mélancoliques, en améliorant remarquablement les malades atteints de formes légères de cette affection.

***

La *glycémie* peut varier en même temps que le pH, augmentant par exemple, quand celui-ci tend vers l'acidose, diminuant avec la tendance à l'alcalose. Les variations dans un sens ou dans l'autre peuvent s'accompagner d'une recrudescence des symptômes mélancoliques. Ce ne sont là que des cas particuliers de la coexistence si fréquente de psychoses et de troubles des centres glyco-régulateurs, surtout diencéphaliques (IIIe ventricule dans le voisinage du tuber).

Par ailleurs, l'étude des troubles mentaux dans le diabète a permis d'observer également ces variations dans les deux sens, Régis, après Bouchardat a signalé des troubles de l'affectivité, chez un grand nombre de diabétiques sous la forme de tristesse, de crainte angoissante de l'avenir, de préoccupations hypocondriaques, parfois même d'idées de suicide. Cet état mental varie suivant l'évolution de la maladie. Tantôt l'angoisse s'aggrave avec la glycosurie, tantôt elle disparaît avec celle-ci, comme dans l'observation de Cotard qui signalait la disparition de la dépression quand le sucre urinaire augmentait.

En même temps que *l'angoisse* apparaît chez ces malades l'*asthénie* avec diminution de l'attention volontaire, de l'évocation des souvenirs, des associations d'idées, de l'activité allant de pair avec la fatigabilité physique.

Suivant les prédispositions constitutionnelles, la maladie physique s'accompagne d'un état mental présentant tous les degrés et toutes les variétés de la dépression, de la dépression simple à la mélancolie anxieuse. Pour que ces états dépressifs puissent être rapportés au diabète, il faut que l'évolution des deux syndromes soit parallèle (ou alterne) et que le traitement agisse également sur l'un et sur l'autre.

La sympathologie permet de mieux comprendre les variations des troubles mentaux et de la glycémie, en étudiant d'une part les rapports de *l'hyperorthosympathie, de l'hyperadrinalinémie* et de *l'hyperglycémie*, et d'autre part ceux de la vagotonie, de *l'hyperinsulinémie* et de *l'hypoglycémie.*

Tinel a observé chez certains mélancoliques des crises *d'hypoglycémie*, accompagnant des rechutes d'angoisse, comparables à celles qui peuvent succéder aux injections d'insuline et dans lesquelles le chiffre de la glycémie descend à 0 gr. 50. A côté de ces cas extrêmes, il retrouve fréquemment chez les mélancoliques des associations d'hypoglycémie et de vagotonie moyennes.

(1) Conférence faite à la Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale, le 16 novembre 1941.

Des auteurs allemands, par contre, comme Küppers et Hühnerfeld ont mentionné des glycémies dépassant 1 gr. 10, par conséquent voisines de l'hyperglycémie, chez des mélancoliques et observé une amélioration de l'état mental quand ce chiffre baissait. Hühnerfeld a vu dans les cas favorables chaque intervention thérapeutique, améliorant l'état mental, faire baisser parallèlement le chiffre de la glycémie jusqu'au milieu de la cure, puis le chiffre augmente, mais sans revenir au point de départ. Ainsi une glycémie de 1 gr. 40 tombe à 92 au milieu de la cure pour remonter à 98 à la fin de celle-ci.

Les observations des auteurs allemands nous font toucher du doigt un point que nous retrouverons au moment des guérisons des accès mélancoliques par des thérapeutiques diverses : le retour d'un tonus vagal stable et d'une glycémie normale. Tonus vagal et glycémie traduisent l'amélioration des fonctions du pancréas et du foie. Une secrétion plus riche d'insuline, une amélioration de la fonction glycopexique du foie expliquent l'action tonique sur le vague et la diminution du sucre du sang, alors que le glycogène hépatique augmente.

Les observations de Tinel ne doivent pas être opposées à celles des médecins allemands. Régis, avec sa grande expérience clinique, n'avait pas craint de présenter dans le chapitre des troubles psychiques du diabète des faits en apparence contradictoires, nous allons retrouver des contradictions de ce genre à plusieurs reprises au cours de cette conférence.

***

Le taux du *calcium sanguin* varie autour de 0, 10 centigr. par litre de sérum. Il augmente avec l'hyperactivité parathyroïdienne. Le fonctionnement des *parathyroïdes* paraît soumis à *l'antéhypophyse*. Antéhypophyse et parathyroïde, par les modifications du métabolisme du calcium, agissent sur le sommeil et l'activité si souvent troublés chez le mélancolique. Rappelons avec Sainton que l'excédent du calcium dans le sang diminue l'activité neuromusculaire. La vitamine D apporte du dehors avec le *calciférol*, l'élément qui régularise le métabolisme du calcium. L'hypervitaminose augmente la calcémie et amène une décalcification osseuse. La carence et l'hypocalcémie créent la tendance aux spasmes pouvant aller dans les cas graves jusqu'à la tétanie et s'accompagnant souvent de dépression et d'angoisse.

Montassut et Delaville qui ont étudié les variations du taux du calcium sanguin chez des déprimés constitutionnels ont trouvé dans un lot de 21 malades, une hypercalcémie chez 12, un taux normal chez 6, un taux diminué chez 3. L'injection intraveineuse de chlorure de calcium a ramené le taux du calcium vers la normale, l'augmentant ou le diminuant suivant les cas.

Streeker, Kuppers, Hühnerfeld avec l'hématoporphyrine qui active les fonctions de la vitamine D ont obtenu des résultats analogues. Pour ces auteurs le pronostic est favorable quand la calcémie et la glycémie baissent en même temps.

La sympathologie explique difficilement cette baisse parallèle. Les injections d'adrénaline font baisser la calcémie, alors qu'elles augmentent la glycémie de 0 gr. 40 ‰ (épreuve de l'hyperglycémie provoquée). Les injections de pilocarpine augmenteraient par contre la calcémie et diminueraient la glycémie (Billingheimer).

M. Laignel-Lavastine rappelle que l'ion calcium baisse quand l'ion hydrogène ou acide diminue et que le système nerveux devient alors plus vulnérable.

Ces faits sont à rapprocher des signes de déminéralisation souvent observés chez les mélancoliques.

Le chiffre du potassium sanguin varie entre 0 gr. 18 et 0 gr. 22 par litre de sérum pour Montassut et Delaville. Il augmente avec l'angoisse, peut doubler au cours des paroxysmes et diminue avec l'amélioration de l'état mental.

Le calcium élève le tonus sympathique, le potassium se comporte en antagoniste et renforce le tonus vagal. Zondeck a résumé ainsi les actions des deux corps : « Le sympathique agit comme le calcium, le pneumogastrique comme le potassium ».

Le traitement par le calcium donne des résultats paraissant contradictoires comme l'a fait remarquer Tinel. L'augmentation de la calcémie diminue ou fait disparaître les crises de tétanie ou d'épilepsie, dans lesquelles il existe une hypotonie ou une dystonie de l'orthosympathique, elle agit aussi favorablement dans la maladie de Basedow et les tachycardies, dans lesquelles l'hypertonie orthosympathique est prépondérante En réalité, dans les tachycardies par exemple, il s'agit d'hyperexcitabilité plus que d'hypertonie et la clinique nous apprend— que l'une s'oppose à l'autre. Quand l'hypertonie se stabilise, l'hyperexcitabilité diminue. C'est le même fait que nous observons dans la mélancolie, quand l'hyperexcitabilité vagale disparaît du fait du rétablissement du tonus du vague, au moment de la guérison de l'accès.

Le potassium, stimulant vagal exagère aussi l'instabilité végétative pour Tinel et déclanche également des crises d'hyperexcitabilité orthosympathique, qui sont à la base des crises d'agitation de la mélancolie anxieuse.

Les auteurs allemands ne notent que de faibles variations du potassium sanguin dans la mélancolie.

De cet exposé nous retiendrons l'importance de la diminution du chiffre du potassium sanguin quand elle est associée à celle du calcium et du sucre ; elle apporte alors un élément de pronostic favorable.

***

Le cholestérol, représentant la bile parmi les humeurs, doit être étudié chez les mélancoliques de la cinquantaine, plus ou moins artérioscléreux. Quand la cholestérolémie est importante, se maintenant entre 3 et 4 grammes par litre de sérum, ou dépassant ce chiffre, au lieu du taux normal de 1 gr. 50, il faut craindre l'aggravation du syndrome mental du fait de la sénilité précoce. Les mélancoliques chroniques sont presque toujours des artérioscléreux comme l'a fait observer Halberstadt.

***

Nous avons indiqué, chemin faisant, l'action des glandes surrénales sur la glycémie, des parathyroïdes et de l'antéhypophyse sur la calcémie, les rapports du sympathique et de ces glandes endocrines et les variations du pH et de la réserve alcaline. Les interréactions des glandes sexuelles et du système nerveux ne sont pas moins importantes. La suspension des règles pendant l'accès mélancolique est fréquente, elles reparaissent après la guérison, au moment du rétablissement du tonus vagal. Dans les psychoses puerpérales, apparaît la carence de la vitamine E, quand la cause puerpérale est certaine ; le traitement par des préparations de cette vitamine peut hâter la guérison. Il serait intéressant d'employer systématiquement cette vitamine dans la mélancolie avec aménorrhée.

L'hypophyse, tonique vagal, est liée étroitement aux glandes sexuelles par ses propriétés et son action thérapeutique. Certaines formes de mélancolie anxieuse avec agitation et crise d'hyperexcitabilité orthosympathique peuvent être observées chez les Basedowiens.

Nous nous sommes bornés dans ce chapitre important à donner quelques indications cliniques qui pourront être complétées par des épreuves de laboratoire comme le métabolisme basal.

***

Des études récentes ont précisé le rôle des vitamines en psychiatrie. Nous avons déjà mentionné les vitamines D et E. La carence de la vitamine B[1] intervient plutôt dans les états confusionnels comme ceux qui dépendent de l'éthylisme et des intoxications que dans la mélancolie. La vitamine C aurait une action favorable dans cette psychose, mais c'est surtout la *vitamine PP* qui mérite de retenir notre attention.

Avant d'étudier ses rapports avec la mélancolie, il faut rappeler avec Mouriquand que dans les avitaminoses les relations de cause à effet ne sont pas simples et que les avitaminoses primitives comme le béri-béri ou le scorbut sont rares.

La *vitamine PP* appartient au groupe hydrosoluble des vitamines B. En France, Justin Besançon a contribué à la faire connaître par ses travaux. Elle existe dans l'organisme sous la forme d'amide nicotinique et intervient dans la respiration et les échanges tissulaires.

Les besoins de l'organisme en vitamine PP augmentent à la suite d'une alimentation anormale, dans l'intoxication par l'alcool ou les sulfamides, au cours de la grossesse, de la croissance, du travail au soleil.

Il est possible de mesurer le taux de l'amide nicotinique dans le sang, parce que c'est le seul facteur de croissance d'un micro-organisme : le protéus X 19. Ce micro-organisme se développe quand le taux atteint 7 à 9 milligrammes par litre de sang ; au-dessous de 6 milligrammes, l'état du malade est pathologique.

Les avitaminoses PP peuvent reproduire des *états dépressifs* ou *mélancoliques* qui mêlent leurs symptômes à ceux des *formes digestives*, avec glossite, stomatite et aphtes, avec pyorrhée alvéolaire, anorexie, brûlures gastriques, ballonnement abdominal, avec ou sans diarrhée ; à ceux aussi des formes *cutanées* avec pigmentation, érythèmes, hydroa vacciniforme, avec vésicules plus ou moins hémorragiques. Ces formes constituent les divers aspects cliniques de la *pelade*.

Les formes dépressives se rapprochent de la psychasthénie ou de la mélancolie. Mettons à part *l'encéphalopathie pellagreuse*

avec les polynévrites (carence de l'aneurine ou vitamine B[1]), les myopathies (carence de la vitamine B[6]) et les localisations digestives ou cutanées de l'avitaminose PP.

Dans l'encéphalopathie la *dépression psychique* s'accompagne d'une sensation d'effondrement neuro-musculaire. Le malade devient incapable de penser et d'agir en même temps qu'il se sent envahi par une agitation anxieuse plus intérieure qu'extérieure. A un degré de plus le tableau est celui de la *mélancolie hypocondriaque*, avec idées de suicide, décrite par Régis dans les autointoxications gastro-intestinales. Une nouvelle aggravation fait apparaître la stupeur. Le malade perd conscience, se fige dans la raideur, présente le signe de la roue dentée et paraît étranger à l'ambiance. Cet état peut aboutir à la mort, mais même à la dernière phase, l'amide nicotinique à dose suffisante en injection ou administré avec une sonde nasale peut guérir le malade.

***

La pellagre et les avitaminoses PP comportent un symptôme important : la *porphyrinurie*. La *porphyrine* que l'on retrouve dans l'urine des pellagreux appartient à un groupe de substances capables, les unes de créer un état dépressif très proche de la mélancolie, les autres de guérir la mélancolie.

Les *porphyrines* à l'état normal, proviennent en grande partie de la transformation dans l'intestin de la chlorophylle, de l'hémoglobine, de la myoglobine sous l'action des micro-organismes locaux. Cette action élimine le fer du pigment sanguin, le magnésium du pigment végétal. Les porphyrines résorbées par l'intestin arrivent au foie où elles sont détruites ou transformées en bilirubine. Les porphyrines en circulation dans le sang arrivent aux organes de dépôt et sont éliminées par le rein et par l'intestin. Des traces de porphyrines peuvent être décelées à l'état normal dans les fèces et parfois dans les urines.

Les porphyrines pathologiques sont formées suivant deux mécanismes : 1° par *synthèse* dans les organes hématopoïétiques (normale chez l'embryon) ; sous l'influence d'un toxique comme le plomb, la porphyrine ne se combine plus au fer, s'accumule et est éliminée après carboxylation sous la forme de copro ou d'uro porphyrine ; parfois la synthèse donne des types de porphyrines ne présentant pas le radical de l'hémoglobine, c'est-à-dire inaptes à s'unir au fer dès leur formation.

2° La *désintégration* du pigment sanguin ou musculaire débute par une oxydation de l'hémoglobine ou de la myoglobine elle donne également des types différents par leur pouvoir de s'unir ou non au fer. Il faut noter que la lumière joue un rôle dans la genèse des porphyrines par désintégration (rayons U. V.)

Les porphyrines se divisent en porphyrines *naturelles* : proto, copro et uroporphyrine, la *protophyrine* ou hématine peut être retrouvée dans le foie et les hématies, la *coproporphyrine* dans le rein et l'intestin, l'*uroporphyrine* dans l'urine et à l'état pathologique dans le sang.

Les porphyrines artificielles sont l'*hématoporphyrine*, étudiée par Nencki, Fischer et Schumm, la *mésoporphyrine* et l'*étioporphyrine*.

Une solution de porphyrine donne une fluorescence rouge dans les raies de l'ultraviolet et au spectroscope qui varie avec le pH de cette solution. Des raies allant du rouge au violet permettent d'identifier les porphyrines.

La sensibilité des porphyrines à la lumière explique leur *photodynamisme*. Le dynamisme transmis par la peau exposée à la lumière agit par la voie sanguine sur les centres neuro-végétatifs.

L'hématoporphyrine a un rôle *catalyseur*. Elle se comporte comme un *vecteur* qui tend toujours à reconstituer l'hémoglobine en unissant le fer aux molécules d'albumine. Au point de vue général, associée à la vitamine PP, elle active les échanges et l'oxydation des tissus.

Le rôle de catalyseur de l'hématoporphyrine montre l'instabilité de ce corps. Il l'oppose aux porphyrines des *porphyries* qui n'ont pas la même attirance vers le fer comme Jacques Thomas l'a montré. Rappelons que les porphyrines pathologiques se retrouvent aussi dans l'*anémie de Biermer* où elles sont formées par synthèse, comme dans la vie fœtale.

Les porphyrines sont actives soit dans le sens pathologique, soit dans le sens thérapeutique. Il y aurait intérêt à contrôler la pharmacodynamie de l'hématoporphyrine chez les mélancoliques en la recherchant dans le sang, le foie, les reins, les centres nerveux, les organes hématopoïétiques, les urines et les fèces. Mais dès maintenant, nous pouvons affirmer qu'elle nous a paru agir parce que, plus que les autres porphyrines, elle tend à se recombiner au fer après avoir exercé son action stimulante sur les centres nerveux.

***

Ces aperçus sur les humeurs dans la mélancolie conduisent à des conclusions thérapeutiques. Nous intervenons aujourd'hui activement chez les mélancoliques après une longue période pendant laquelle le laudanum, les laxatifs, la surveillance de l'alimentation et la protection contre le suicide étaient les seules préoccupations du médecin.

Reprenant la tradition de nos ancêtres, nous activons les fonctions du foie avec les cholagogues et les draineurs de la vésicule qui évacuent la bile vers l'intestin, le désinfectent et réduisent les quantités d'histamine et de porphyrines pathologiques. En même temps, l'hématopoïèse s'améliore, le glycogène augmente et la glycémie diminue.

Aux cholagogues, nous ajouterons suivant les cas des préparations d'extrait hépatique et de vitamine PP. D'autres vitamines pourront être associées suivant les indications.

Les médications acidifiantes, chlorure de calcium en injection ou *per os*, acide phosphorique modifieront le pH dans un sens favorable au retour de l'activité.

Déprimés simples et mélancoliques légers pourront être guéris par ces seuls traitements. Ils seront moins efficaces chez les *cyclothymiques* qui ont présenté plusieurs accès antérieurs.

Chez les cyclothymiques un fait domine : le blocage des centres neuro-végétatifs qui supprime les rythmes dont la succession constitue notre vie organique : le réveil du tonus vagal qui fait sécréter les sucs digestifs à l'heure des repas, le retour de ce même tonus au moment du sommeil, les heures de sympathicotonie post-prandiale, les oscillations des systèmes sympathiques de la vie génitale. Cette suppression des rythmes bouleverse la sensibilité profonde et crée le manque de goût pour la vie, caractéristique de la mélancolie. Les sensations et les sentiments ne sont plus perçus parce que les réactions émotionnelles sont inhibées par le blocage ou réduites à des poussées d'hyperexcitabilité neuro-végétative.

Les thérapeutiques nouvelles s'attaquent à ce blocage soit en empruntant la voie des humeurs, soit en s'adressant aux rythmes eux-mêmes. L'hématoporphyrine atteint les centres nerveux par les humeurs, améliorant le physique avant l'état mental, agissant à la fois par sa tendance à se recombiner avec le fer et par son photodynamisme stimulant du psychisme.

Le « sommeil provoqué » par les lavements de tribrométhanol, tel que Montassut et Jacquot l'ont appliqué chez des mélancoliques à l'hôpital de Moisselles, après Sanders, Galli, Westphall, Friedman, s'adresse directement aux rythmes.

Le « sommeil provoqué » rétablit le tonus vagal qui se manifeste au réveil par un retour impérieux de l'appétit. Ce retour est vraiment la preuve de la guérison, c'est le même phénomène que nous observons quand un traitement heureux par l'hématoporphyrine arrête un accès mélancolique au cours de son évolution. Après le retour de l'appétit, l'activité reprend et souvent dès le premier soir, le sommeil reparaît. Chez la femme, les règles suspendues reviennent à la période normale après la guérison.

Les deux méthodes font donc disparaître dans les cas heureux le blocage des centres neuro-végétatifs. L'hématoporphyrine agit comme un démarreur électrique, le sommeil provoqué comme la manivelle du démarreur à main, l'un s'adresse aux organes de commande, l'autre fait tourner le moteur pour le lancer.

Sans doute, tous les mélancoliques ne guérissent pas par ces méthodes : parce que à côté des humeurs intervient la prédisposition psychique avec les tares constitutionnelles atteignant les centres nerveux bien plus que les équilibres humoraux. Mais il n'en reste pas moins qu'une fois de plus l'histoire de la médecine a montré la voie et que les connaissances biologiques modernes ont permis de transformer en certitude pour le traitement de nos malades les hypothèses de nos devanciers.

Ouvrages consultés. — Laignel-Lavastine : Pathologie du sympathique, Paris, Alcan, 1924. — Laignel-Lavastine : Alcalose, *Presse Médicale*, 29 septembre 1928. — Laignel-Lavastine et Cornelius. De l'alcalinité ionique des urines et du sang chez les anxieux. *Journal Médical français*, juillet 1930. — Tinel : Le système nerveux végétatif, Paris, Masson, 1937. — Chiray et Zimmermann : Etats mélancoliques, atonie vésiculaire et stase biliaire. *Presse Médicale*, 18 janvier 1930. — Montassut et Delaville : La dépression constitutionnelle. *Presse Médicale*, 27 mai 1931. — Montassut et Jacquot : Traitement des états mélancoliques par l'anesthésie au tribrométhanol. *Presse Médicale*, 12-15 février 1941. — Boulin et Ulman : Les troubles psychiques du diabète sucré. *La Médecine*, juillet 1938. — Hühnerfeld : Die Hematoporphyrinbehandung der Melancholie und endogenen Depression. *Zeits. fur die gesam. Neurol. und Psych*, 1936. — Hühnerfeld : Die biologische wirkungen der Hematoporphyrin Nencki. *Wien. Klin. Wosch.*, 1938. — Vinchon et Bourgeois : Essai de traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine. Soc. Thérapeut., 8 février 1933. — Vinchon : Les indications thérapeutiques de l'hématoporphyrine. *Monde*

Médical, 15 novembre 1931. — JUSTIN-BESANÇON : Vitamine PP, le rôle métabolique de l'amide nicotinique. *Presse Médicale*, 1 mars 1939. — JUSTIN BESANÇON et IMBONA : La vitamine nicotinique en thérapeutique. *Paris Médical*, 30 novembre 1940. — JAUSION : La pathogénie de la pellagre et de l'hydroa estival. *Paris Médical*, 20 février 1941. — Henry SCHAEFFER : Le traitement des états dépressifs par l'hématoporphyrine. *Presse Médicale* 5 avril 1939. — Jacques THOMAS : Contribution à l'étude des porphyrines en biologie et en pathologie. *Bulletin de la Soc. de chimie biologique*, mai 1938. — RONDEPIERRE : Vitamines et psychiatrie. *Gazette Médicale de France*, deuxième numéro d'octobre 1941.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1942

Sur la présence et la gravité de la syphilis cardio-aortique. — *M. Nanta.* — La syphilis cardio-aortique est d'une fréquence considérable chez les sujets mal soignés il y a vingt ou vingt-neuf ans. Les formes en sont sévères.

Valeur alimentaire de la farine d'arachide deshuilée. — *MM. Machebœuf* et *Tayeau.* — La farine deshuilée contient 55 p. 100 environ des protéides. Elle constitue un aliment bien équilibré, dont la digestibilité est bonne et qui est sans aucune toxicité.

Résistance à la carence en fonction de l'état primitif de vitaminisation. — *MM. Giroud, Ratsimanga* et *Chalopin.*

Sur l'introduction dans un totaquina des déchets de fabrication de la quinine. — *MM. E Marchoux* et *A. Chabaud.* — On a proposé pour remplacer le quinquina une sorte de totaquina renfermant de la quinine, de la cinchoninc et de la quinoïdine.

Les auteurs ont constaté que ce mélange pourrait donner lieu à des phénomènes toxiques non négligeables. Il faut écarter l'introduction des déchets de quinquina dans la composition des comprimés destinés au traitement du paludisme dans nos colonies.

Séance du 31 mars 1942

Conclusions à dégager des rapports et des communications sur la valeur de la présence ou de l'absence du bacille de Koch dans les crachats pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — *M. E. Sergent.* — La présence ou l'absence du bacille de Koch dans les crachats ne saurait suffire, *à elle seule* à affirmer ou à nier la nature tuberculeuse d'une affection des voies respiratoires et, particulièrement, des poumons.

Les paraffines de synthèse. — *M. Barbier.* — — Ces paraffines se sont montrées analogues aux produits naturels ; opérant sur des dermatoses, aucune réaction d'intolérance n'a été observée.

Prévision biologique de l'activité thérapeutique du stovarsol sur la paralysie générale. — *MM. A. Sézary* et *A. Barbé* ont recherché si, par des méthodes biologiques, on pouvait prévoir, avant le traitement, l'activité de la stovarsothérapie chez les paralytiques généraux. D'après leur statistique, basée sur 156 cas, la teneur du liquide céphalo-rachidien en cellules est le facteur à retenir. Les résultats thérapeutiques sont d'autant plus souvent favorables que le chiffre de la leucocytose avant le traitement était plus élevé. Le taux de l'hyperalbuminose n'a au contraire aucune signification.

Ce critérium n'a cependant pas une valeur constante. Des paralytiques généraux à forte leucocytose céphalo-rachidienne peuvent ne pas être influencés. On doit donc conclure seulement que les malades ayant une réaction méningée importante sont ceux qui ont le plus de chances de bénéficier du traitement. La confrontation de ce facteur biologique avec le facteur clinique (forme avec excitation) permet de prévoir avec une grande probabilité le résultat thérapeutique qui sera obtenu.

Le tréponème dans le sang. — On croit souvent que la présence du tréponème dans le sang est une rareté. Les recherches entreprises par M. Milian lui fait penser qu'il n'en est pas ainsi. Le sang est un habitat courant du tréponème. Aussi les sujets à réaction sérologique positive peuvent être contagieux à la faveur d'une érosion ou plaie même non syphilitique. Et il faut être extrêmement sévère pour le choix des donneurs de sang pour la transfusion.

Organisation de l'hygiène du lait en France. — *M. Thieulin.*

Séance du 14 avril 1942

La récessivité facteur de gravité. — *M. Touraine* montre l'importante mortalité qui s'orbserve dans les maladies héréditaires récessives. La mort survient soit dans les premiers jours ou les premiers mois de la vie, soit dans l'enfance ou l'adolescence par fragilité organique ou vieillissement prématuré.

Le grand danger de la récessivité pourrait être considérablement diminué par le carnet de santé.

Enquête sur le poids et la taille d'un millier d'écoliers parisiens. — Baisse sur les moyennes d'avant-guerre. — Une enquête effectuée par *H. Gounelle, A. Vallette* et *M. Moine* portant sur 1075 écoliers parisiens démontre que la croissance staturale et pondérale, critère de l'état de développement des jeunes sujets, se trouve actuellement en baisse. La confrontation, avec les tables de croissance des écoliers parisiens établies en 1935 par A. B. et A. Fessard, J. Laugier et H. Laufer dénote chez les garçons de cinq a douze ans, un déficit de 1 centimètre à 5 cm. 1/2, et chez les filles, de 1 cm. 1/2 à 2 cm. Pour le poids, chez les garçons la moyenne est inférieure de 1 kilo à 2 kgr. 280 à celle d'avant-guerre ; chez les filles, le déficit est moins marqué, se manifeste surtout à partir de 9 ans et peut atteindre 1 kgr. 300.

Parmi les enfants des écoles, communales du 13e arrondissement, une baisse dans la croissance pondérale et staturale est donc appréciable. Il s'agit vraisemblablement d'un retentissement des restrictions alimentaires, et ce fait mérite de retenir sérieusement l'attention.

Séance du 21 avril 1942

Diminution du poids des nouveau-nés à la maternité de Dijon. — *M. F. Baron.* — Le poids moyen des enfants a nettement diminué, et il semble bien que cette baisse de poids soit due aux fatigues réitérées de la vie journalière et aux restrictions alimentaires — spécialement de glucides — pendant la partie de la grossesse.

Note sur la fréquence et le rôle de la syphilis dans un service de médecine générale. — *L. Langeron* et *V. Cordonnier* présentent une statistique portant sur treize ans et intéressant 7.103 malades qui montre l'importance de la syphilis en tant que productrice de manifestations morbides diverses ; ils précisent, qu'il s'agit d'un service non spécialisé, à recrutement automatique dans un secteur donné, que ces chiffres ne concernent que la classe sociale fréquentant l'hôpital, qu'il ne s'agit pas de fréquence absolue de la syphilis dans cette classe mais seulement de sa fréquence relative en tant que pathogénie morbide.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1942

Tumeur villeuse du rectum. — *M. J. Quénu* publie une intéressante observation personnelle.

Plaies pénétrantes du cervelet. — *M. D. Lerey* décrit le cas qu'il eut l'occasion d'observer.

Perforation d'un diverticule de Meckel. — *M. Bergougnan.* — Il s'agit d'un diverticule siégeant près du bord mésentérique et dont la perforation s'accompagnait d'une hémorragie intrapéritonéale.

Restauration de l'uretère après section chirurgicale accidentelle. — *M. Rouhier* rappelle les conditions de la section accidentelle de l'uretère au cours surtout de fibromes ou de kystes intraligamentaires. Il étudie ensuite les modes de réparation et donne la préférence à l'implantation vésicale.

M. Chevassu s'oppose à la notion classique qui veut qu'une section urétérale égale la mort du rein ou la nécessité de sa suppression chirurgicale. On peut toujours tenter une suture réparatrice sur sonde à demeure bien stérilisé. Les résultats récents (Thèse de Biétrix) sont favorables.

M. Gouverneur oppose à la réparation secondaire qui a de mauvais résultats et des indications d'exception (section bilatérale par exemple), la réfection immédiate bien plus satisfaisante, soit par implantation vésicale s'il y a section basse, soit par suture sur sonde s'il y a section plus haute. Les résultats éloignés sont en général très médiocres : (sur 84 observations, 4 cas seulement favorables). Cependant la suture permet au rein correspondant de mourir silencieusement et à l'autre rein de compenser la différence du rein contaminé.

Volvulus aigu du cæcum. — *M. Sauvage* en présente deux cas avec radiographies probantes. La détorsion suivie de columnisation et de pexie pariétale fut heureuse. L'auteur rappelle les radiographies déjà publiées de volvulus cœcaux.

M. Moulonguet montre une belle image de volvulus cœcal.

M. Mondor rappelle les signes habituels : grande bulle gazeuse, à bords nets sans bosselures, en ectopie souvent gauche, à charnière hélicoïdale en bec d'oiseau et sans aéroilétie concomittante. La différence est nette avec l'ectasie du colon gauche, en canon de fusil, avec sillon médian et bosselures.

Election de membres associés parisiens. — MM. Raymond BERNARD et PADOVANI sont élus.

Jean CALVET

Séance du 25 mars 1942

A propos de trois cas de chondromes. — *M. Redon* en cite des exemples thoracique, scapulaire, iliaque. Le pourcentage de récidives des chondromes confirme la nécessité de pratiquer des exérèses larges d'emblée.

Volvulus du colon pelvien. — *M. Germain* en observe un cas avec perforation diastatique du cæcum dans le cinquième jour. *M. Gout* apporte une observation de volvulus du colon transverse, éventualité très rare.

Kyste intrathoracique. — *M. Robert Monod* présente un gros kyste, indépendant des bronches et voisin des gros vaisseaux. C'était un dysembryome médio-médiastinal. L'intervention, malgré la stabilité du kyste et son volume modéré, fut décidée à cause des compressions déjà menaçantes et du risque d'infection. L'ablation fut suivie de succès.

Kystes du médiastin. — *M. Maurer* en présente sept cas. Il insiste sur la latence symptomatique, les difficultés du diagnostic aidé par le pneumothorax le lipiodol et la pleuroscopie. Parmi les observations rapportées, il y a des dysembryomes des neurinomes, un kyste séreux, des kystes aériens. Cinq succès sur six opérations.

Jean CALVET.

Séance du 22 avril 1942

Suture de l'uretère après section chirurgicale. — — *MM. Mocquot* et *Palmer* ont pu obtenir un excellent résultat par suture de l'uretère après sa section au cours de l'ablation d'un néoplasme du col chirurgical.

Tétanos post-abortum traité par curettage et sérothérapie. — *M. Sicard* rapporte le travail de MM. Lacroix et Cortial. Le simple curettage et l'introduction *in utero* de sérum antitétanique a obtenu la guérison.

M. Cadenat a eu une guérison par hystérectomie totale et injection de 1.250.000 unités de sérum. Mais il s'agissait d'un tétanos développé quinze jours après l'injection abortive.

M. Sénèque a vu deux cas mortels, l'un malgré un curettage, l'autre malgré une hystérectomie et malgré, dans les deux cas, de grosses doses de sérum antitétanique.

Traitement des cavités résiduelles de pyothorax tuberculeux. — *MM. Bernou* et *Goyer* ont employé la pleurectomie et la cautérisation des perforations pleuro-pulmonaires, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait.

M. Soupault, rapporteur, insiste sur la fréquence des perforations pulmonaires, des fistules broncho-pleurales, au cours des pleurésies purulentes banales. Ces moyens de cautérisation, simples, sont intéressants.

M. R. Monod ne pense pas que les fistules soient aussi fréquentes et se contente d'une pleurectomie partielle dans beaucoup de cas.

M. Soupault affirme que l'aspiration suffit souvent dans les pyothorax tuberculeux. Il ne s'est agi dans son ensemble que de cas d'exception, vus après thoracoplastie, et d'abord facile.

Occlusion post-opératoire précoce. — Après une hystérectomie vaginale sous anesthésie épidurale, *M. Lafitte* (Niort), constate une occlusion indiscutable au troisième jour. Il use de la rachianesthésie, de la position de Trendelenburg forcée, et du massage abdomino-rectal, avec un plein succès.

MM. Pasteau et *Basset* ont obtenu la sédation des phénomènes occlusifs par la remise en position de Trendelenburg.

MM. Mondor et *Léger* ont fait le diagnostic d'occlusion basse du grêle en variant sous radio l'incidence de la malade.

M. Brocq utilise dans ces cas l'aspiration duodénale qui agit remarquablement quand son utilisation est précoce.

Gastrectomie par le procédé de Jean Kocher. — *M. Santy* rapporte une gastrectomie faite avec ce procédé (13 cancers, 87 ulcères). Ses résultats sont excellents. L'auteur utilise le bouton de Villard comme agent anastomotique.

M. Sénèque rappelle que M. Cunéo a employé la résection de ce type pendant longtemps, mais l'acidité gastrique demeure élevée dans les anastomoses de ce genre, fait qu'on ne voit pas dans les procédés type Hoffmeister-Finsterer.

M. Santy dit que l'intérêt de son procédé est d'être possible malgré des gastrectomies très larges, allant jusqu'aux vaisseaux courts. Le décollement duodéno-pancréatique est l'acte essentiel de sa technique.

Traitement du cancer du col utérin. — *M. Wilmoth* fait le point de la question.

Jean CALVET

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1942

Sur le traitement des anémies hypochromes par les extraits hépatiques. — *MM. Ambard*, *Mlle d'Autheville* et *Buck* rapportent des cas d'anémie hypochrome dans lesquels le fer n'avait donné aucune amélioration, alors que les injections d'extrait hépatique eurent un effet immédiat d'abord sur la régénération tissulaire puis sur la régénération sanguine.

Les mesures micro-électriques du revêtement cutané. — *MM. Ch. Flandin* et *Zuc van der Elst* exposent les raisons qui doivent faire substituer les mesures micro-électriques précises à l'appréciation approchée du pH.

Traitement de la lèpre nerveuse. — *MM. Ch. Flandin* et *A. Barret* présentent une forme de lèpre nerveuse ayant évolué par poussées fébriles et articulaires pour aboutir à un état quadriplégique avec atrophie musculaire. Le traitement par le cinnamate de diéthychallmoocryle a amené une amélioration rapide.

Cardiomégalie et péricardite dans le myxœdème. — *MM. Garcin, Lenègre, Welti* et *Salet* rapportent un cas de myxœdème avec cardiomégalie considérable, où la ponction du péricarde ramena un liquide citrin, à Rivalta négatif, quoique riche en albumine et en cellules. Une opothérapie à base de corps thyroïde ramena les dimensions du cœur à la normale. De nombreux faits plaident en faveur de l'existence d'une péricardite myxœdémateuse, et les auteurs admettent que ces gros cœurs sont en rapport avec un œdème myo-péricardique de nature hypothyroïdienne.

M. Aubertin estime que le traitement thyroïdien agit plus que la ponction. Les phénomènes d'infiltration myocardique sont peut-être plus importants.

M. Decourt demande quelle était la part de l'infiltration myxœdémateuse de la peau.

La scissure des cardiaques. — *MM. Laubry, Lenègre* et *Bach*, décrivent les aspects radiologiques des réactions scissurales dans l'asystolie : opacités linéaires et rubanées, en bande, en raquette ou arrondies, en rapport soit avec un œdème sous pleural ou péri-scissural soit avec un épanchement interlobaire isolé ou associé à une pleurésie de la grande cavité. Ces réactions scissurales nous font connaître des images radiologiques qu'il faut distinguer des lésions parenchymateuses ; d'autre part elles représentent un élément d'appréciation des troubles de la petite circulation et de la valeur fonctionnelle du myocarde. Elles disparaissent lorsque l'in-

suffisance cardiaque s'améliore et réapparaissent à chaque nouvelle poussée.

Séance du 24 avril 1942

Hémorragie mortelle au cours d'une spirochétose ictéro-hémorragique avec abaissement de la prothrombine, par cancer du rectum. — *MM. N. Fiessinger, Guy Ledoux-Lebard* et *Jacques Loeper*, a propos de la communication de M. Marquezy, rapportent l'observation d'un porteur de viande atteint d'une leptospirose grave avec anémie et forte azotémie. Le malade presenta des hémorragies intestinales de sang rouge, rapidement mortelles, rendues possibles par les troubles de la crase sanguine avec prothrombine abaissée à 25 %, dont la localisation fut expliquée par la découverte à l'autopsie d'un cancer du rectum.

Pancréatite lithiasique avec diabète et sténose duodénale. — *MM. N. Fiessinger* et *Cl. Albahary* présentent l'observation d'une femme de 47 ans, hospitalisée pour de violentes crises douloureuses abdominales datant de dix ans, et pour un diabète typique sans dénutrition remontant à trois ans. Longtemps orienté vers la cholécystite, le diagnostic est réformé par une analyse radiologique qui révèle une lithiase du pancréas et en outre une sténose duodénale partielle à l'angle des portions D2 D3.

La duodeno jejunostomie pratiquée par le Docteur Huet révèle une rétraction anormale sus-jacente du mésocôlon transverse et entraîne une amélioration notable des phénomènes douloureux antérieurs.

Les auteurs discutent le mécanisme de ces crises dont l'origine, en l'absence d'un recul suffisant, demeure discutable : lithiase pancréatique ou sténose. Dans ce dernier cas, la lésion pancréatique peut elle-même être secondaire à l'obstacle duodenal plus ancien et permanent par stase et reflux canaliculaire.

Forme fruste d'abcès sous-phrénique de petites dimensions dû à une infection streptococcique pure. — *MM. Noël Fiessinger, Robert Tiffeneau* et *Jacques Loeper* signalent la longue évolution, pendant trois ans, d'un abcès sous-phrénique droit, longuement fébrile, reconnu par une image hydro-aérique intermittente, et dont le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice pratiquée selon les indications topographiques fournies par un repérage tomographique ainsi que par la constatation d'une petite zone de matité sus-hepatique variable selon la position du malade. L'injection de lipiodol sourd et léger donna une localisation parfaite de l'abcès et permit son drainage chirurgical par voie sous-costale.

Ictère hémolytique acquis au cours d'un éléphantiasis cyanique. — *MM. N Fiessinger M. Gaultier* et *Cl. Albahary* présentent l'observation d'une femme de 39 ans chez qui s'est installé, en moins d'un an, un tableau d'ictère hemolytique indiscutable avec anemie, hepatosplénomegalie, urobilinurie, hyperbilirubinémie dissimulée et légère, fragilité globulaire.

Cette malade présente en outre un éléphantiasis considérable du membre inférieur droit, qui remonte à l'enfance ; de teinte cyanique très particulière, il semble être le siège de communications phlébo-lymphatique, ce qui est confirmé par la ponction d'un angiome superficiel. Un processus local d'hémolyse est encore plus net que dans la circulation générale.

Les auteurs discutent le rôle de ce foyer hémolymphatique ancien dans la genèse de l'ictère hémolytique actuel.

M. Brûlé. — La biligénie est en grande partie extra-hépatique. La splénomégalie n'est que secondaire.

Intoxication par le bromure de méthyle. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet, L. Ramond* et *J. Lacorne* rapportent un cas de cette intoxication remarquable par l'evolution irrégulière des troubles nerveux. Ils soulignent l'importance et le caractère durable des troubles moteurs des membres supérieurs ; ceux ci se montrent sous un aspect très special : celui d'une incoordination poussée à l'extrême avec hypertonie empêchant la décontraction.

Ils ont eu l'occasion d'observer tout récemment un autre cas d'intoxication par le bromure de méthyle, très classique dans sa symptomatologie (coma, crises epileptiques, secousses myocloniques). Il est intéressant de noter que ce malade a presenté une phase delirante avec hallucinations et du nystagmus, ce dernier symptôme, qui traduit l'atteinte cérébelleuse, paraît n'avoir pas été encore signalé.

M. Mollaret. — Tous les symptômes présentés par le malade sont organiques : c'est le syndrome typique du pédoncule cérébelleux supérieur : tremblement intentionnel et mouvements anormaux, caractérisés par des secousses se succédant alternativement : c'est ce qu'on a appelé la dyskinésie volitionnelle d'attitude.

Avant l'apparition de cette symptomatologie, existe une phase de myoclonies, faisant également partie du syndrome du pédoncule cerebelleux supérieur.

A l'inverse de l incoordination tabétique, il n'y a pas de trouble des sensibilités profondes, la vue n'exerce aucune influence.

Les troubles vaso-moteurs sont inverses de ceux observés dans l'intoxication oxycarbonée.

M. Decourt estime qu'il y a dans ce cas une association organico-fonctionnelle, comme dans les commotions cérébrales ou les intoxications.

Maladie d'Addison. — *M. de Gennes* présente une malade dont il a déjà rapporte l'observation, ayant présenté des œdèmes à la suite du traitement par la cortine de synthèse et chez laquelle le régime déchloruré avait fait réapparaître l'insuffisance surrénale.

Actuellement elle est parfaitement équilibrée avec un minimum de sel.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 mars 1942

A propos de l'ostéosynthèse dans certaines fractures ouvertes. — *M. P Rodier* rappelle certains avantages de la technique et de l'appareillage de Danis : Simplicité de l'instrumentation occasionnant un traumatisme minime à l'os et aux tissus. Coaptation facilement obtenue et contention suffisante. Facilité d ablation de la prothèse en cas de besoin.

La radiothérapie dans les métastases vertébrales. — *M. C Rœderer*, à l'appui des conclusions d une récente communication apporte une observation dans laquelle une métastase cancereuse de la colonne vertébrale survenue douze ans après l'amputation d'un sein cancéreux, fut jugulée par des séances intensives de radiothérapie. La malade connut sept années de tranquillité après lesquelles, brusquement, des métastases se montrèrent en différents points du squelette et conduisirent en six mois la malade à la mort.

Deux cas de maux de Pott postérieurs. — *M. Rœderer* a observé ces deux cas chez des personnes âgées de 70 ans, vierges d'accidents de cette nature, de lésions tuberculeuses ayant eu comme point de départ les apophyses épineuses de vertèbres dorsales interscapulaires L'abondance du pus d'abcès très superficiels, de longue durée, récidivants et la lenteur de l'évolution contrastèrent avec la modestie des autres signes cliniques, en particulier la quasi indolence. Après guérison, la résorption des apophyses incriminées peut être constatée à la palpation. La difficulté de lecture des radiographies, dans ces cas, de Pott postérieurs, exception faite pour ceux qui ont leur origine dans les apophyses transverses (alors lombaires surtout, aux dires de l'auteur) et qu'il vit alors chez des sujets plus jeunes, lui fait penser qu'on doit mettre parfois par erreur au compte des lésions de voisinage (côtes, omoplates, plèvres) les abcès de cette région interscapulaire ayant le rachis pour origine.

Un cas d'iléus biliaire. — *M. Chureau* (de Châtillon-sur Seine) presente l'observation d'un cas de cette affection chez une malade de 59 ans pour laquelle il avait pensé, tout d'abord, à un kyste tordu de l'ovaire. L'intervention montra que le kyste n'était pas en cause mais qu'elle présentait une occlusion du grêle par calcul biliaire qu'il enleva. Les suites furent très simples et la malade guérit sans ennui aucun.

Rapports de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein. — *M. Marcel Joly* met en regard des statistiques de traitement purement chirurgical les statistiques d'association radio-chirurgicale, étrangères surtout, qui plaident nettement en faveur de cette dernière technique. Il s'appui sur une statistique personnelle de plus de 300 cas pour préconiser, dans tous les cas de cancer du sein opérables, l'excision suivie d'une irradiation de 400 r. répétée tous les trois mois pendant deux ans. Il a obtenu ainsi 74 % de survie sans récidives après cinq ans. Il n'est partisan de l'irradiation avant l'opération que dans le but de rendre opérables certains cancers ayant dépassé le stade chirurgical.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

La peladoïde atrophodermique de Sabouraud

En 1905, Sabouraud décrivait pour la première fois, sous le nom de *peladoïde atrophodermique* une variété d'alopécie en aires assez rare, le plus souvent méonnue et toujours prise pour une pelade.

Nous en avons observé plusieurs cas ces dernières années et c'est ce qui nous incite à présenter à nouveau cette curieuse alopécie en raison de son allure clinique si spéciale, de son étiologie, de son pronostic et de son traitement.

Cette plaque alopécique, ronde, grande comme une pièce de un franc, presque toujours unique, siège sur un point quelconque du cuir chevelu. Elle est déprimée et le doigt perçoit nettement la concavité de la plaque et aussi, lorsqu'elle présente un petit noyau central, dur, qui semble inclus dans la peau. Elle s'accompagne d'une atrophie cutanée très marquée.

A la périphérie, on ne remarque pas les cheveux massociés, caractéristiques d'une pelade en formation ou en voie d'extension. Elle ne grandit d'ailleurs jamais.

Il ne s'agit pas d'une pelade, mais du reliquat d'une folliculite abortive. L'infection staphylococcique a déterminé d'abord une folliculite orificielle, puis un abcès profond consécutif, lequel s'est résorbé, d'où le petit noyau dur en grain de blé qui, peu à peu disparaîtra. Et c'est l'évolution inflammatoire sourde autour de lui qui a provoqué l'atrophie des cheveux et leur chute. Le tégument s'est creusé en coupe au-dessus du petit abcès enkysté. Il ne s'agit pas là d'une cicatrice, mais d'un « travail de sclérose sous-dermique » (Sabouraud).

En de rares cas, l'alopécie est définitive. La repousse est de règle, mais après un an et plus. Mais on ne verra tout d'abord pousser que des follets lanugineux qui beaucoup plus tard se transformeront en cheveux normaux. Longtemps encore la plaque gardera sa concavité atrophique.

Traitement. — Le soufre, médicament par excellence des lésions folliculaires, est ici de règle, mais sous forme de pommade au vingtième qui sera beaucoup plus efficace, si l'on ajoute du carbonate de potasse dans les mêmes proportions.

On pourra donc formuler ainsi :

Le soir massage dur de la plaque et de son pourtour avec le doigt imprégné d'une trace de la pommade suivante :

Soufre précipité	1
Carbonate de potasse	1
Vaseline	20

Le matin, nettoyer avec une boulette d'ouate hydrophile mouillée de la lotion suivante :

Alcool à 90°	20
Ether officinal	10
Xylol purifié	10

En évitant l'irritation de la surface traitée.

Maurice PIGNOT.

Le traitement de la gale infectée chez l'enfant

La diffusion extrême, durant ces derniers dix-huit mois, de la gale, a amené dans les consultations de médecine infantile un grand nombre d'enfants atteints de gale infectée ou compliquée ; on sait, en effet, que la gale de l'enfant et surtout de l'enfant très jeune, se manifeste souvent par un impetigo, voire un véritable ecthyma des membres, qui s'accompagne de prurit, tend à envahir, à s'accroître, et se montre rebelle à tous les traitements habituels. Le fait est si connu qu'il n'aurait pas mérité de nous retenir s'il n'y avait actuellement, avec la médication sulfamidée, une méthode simple et sûre de traiter avec un succès rapide et définitif les dermatoses rebelles.

Un exemple récent nous en est fourni par le cas suivant : un garçon d'une huitaine d'années nous est conduit par sa mère, qui le soigne depuis déjà dix-huit mois pour une pyodermite étendue des membres inférieurs, et ne parvient pas à en obtenir la guérison. Les deux pieds sont couverts de lésions croûteuses, confluentes, qui ne laissent intacte que la plante et des espaces limités du dos du pied. A la cheville et surtout à la jambe, elles sont moins étendues, et l'on voit plusieurs éléments isolés qui sont soit des bulles purulentes entourées d'une zone congestive rouge violacée, soit des érosions à fond irrégulier et purulent entourées d'un halo congestif. Des éléments semblables occupent de place en place les cuisses, les bras, les avant-bras ; les mains sont le siège d'un impétigo plus étendu, qui affecte le dos des mains et s'étend jusqu'à la racine des doigts.

Sur l'abdomen et le thorax, pas d'impétigo, mais, un peu partout, des stries de grattage déjà anciennes, sans localisation nette. L'enfant est subfébrile, pâle et insomnique ; la longue durée de la maladie l'a éprouvé plus que le prurit, qui n'est pas intense et reste bien moindre, nous dit-il, qu'il n'était il y a quelques mois. Au début, en effet, le prurit était violent, vespéral, et l'aspect de la dermatose était bien celui de la gale, avec ses localisations interdigitales, et sur la face antérieure des poignets un traitement antiscabieux a déjà été effectué, qui n'a amené qu'une amélioration éphémère. L'impétiginisation des lésions date maintenant de près de six mois ; si le diagnostic ne fait aucun doute, du fait de l'histoire de la maladie, du fait de la localisation de cet impétigo aux quatre membres, du prurit associé, et des stries de grattage encore visibles sur tout le corps, le traitement n'en paraît pas si aisé qu'il semblerait de prime abord. L'enfant est, en effet, soumis déjà depuis une quinzaine de jours à un traitement local destiné à décaper la peau pour permettre l'application d'une solution anti-parasitaire ; malgré des soins minutieux, et le repos au lit, l'amélioration est très lente. On décide alors de faire dans un premier temps une médication sulfamidée à la fois par voie buccale et par voie cutanée ; on s'adresse au rubiazol à la dose de six comprimés par jour les deux premiers jours, puis de quatre comprimés les deux jours suivants, deux par jour les deux derniers jours de traitement.

L'enfant est maintenu au lit et l'on applique du Rubiaderme sur toutes les lésions érosives, en maintenant sur les lésions croûteuses, une pommade qui doit en faciliter l'élimination. Le traitement produit en quatre jours une disparition remarquable de presque tous les éléments de pyodermite, dont l'effacement est si net qu'au cinquième jour de la médication sulfamidée, il est possible de mettre en œuvre le deuxième temps du traitement : l'application de la pommade anti-scabieuse, en l'occurence la pommade au polysulfure de Milian. La guérison est, cette fois, bien assurée. L'enfant, vu à plusieurs reprises, reste guéri.

Ayant vu, depuis ce premier cas, une dizaine d'autres cas semblables, ayant observé le succès constant des produits sulfamidés, tant Rubiazol que 1162F (Septoplix, Néocoocyl) sur la suppuration cutanée secondaire, et ayant constaté que l'action de la pommade anti-scabieuse est alors plus aisée et plus sûre, il nous paraît utile de signaler ce procédé à ceux de nos lecteurs qui ne l'auraient pas encore employé : les connaissances des beaux résultats obtenus par les dermatologues dans le traitement des suppurations streptococciques de la peau, et les publications diverses qui en témoignent ont, sans doute, amené bien des médecins à se comporter comme nous en semblable occurence. Nous soulignerons en terminant l'avantage pratique qu'il y a à éviter ces longs pansements, ces applications quotidiennes de pommades diverses (pommade Dalibour, à l'oxyde jaune de mercure), bref les soins minutieux et prolongés qu'exige le traitement d'un impétigo réellement étendu comme celui dont sont porteurs certains galeux. Le succès rapide et constant de la médication sulfamidée se double ainsi d'un avantage pratique : sa simplicité.

Un dernier point enfin, on ne saurait trop insister auprès des familles pour obtenir d'elles qu'elles ramènent l'enfant à la consultation ; plusieurs d'entre elles ayant cru après l'amélioration initiale à une guérison complète et définitive, ont cru pouvoir éviter l'application de la pommade ou de la lotion antiscabieuse : bien entendu, les accidents n'ont pas tardé à reparaître. Il est donc nécessaire de leur exposer le traitement comme comportant deux temps successifs : le premier consistant en l'ingestion des produits sulfamidés et l'application locale d'une solution de sulfamides, le deuxième temps, cinq à six jours plus tard, étant le traitement classique par la pommade au polysulfure.

Cl. LAUNAY
Médecin des Hôpitaux

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Les cancers dits « professionnels ». — Les cancers pouvant être considérés comme maladie professionnelle sont rares, conclut M. Huguenin (*Archives des Maladies Professionnelles* n° 3-4, 1941). Les substances cancérigènes doivent agir à taux important et de façon itérative. Par ailleurs les modifications qu'elles déterminent dans l'organisme peuvent être durables. Mais l'apparition du cancer n'est pas systématique. On a incriminé l'importance des lésions pré-existantes de certains facteurs locaux, de la multiplicité des agents agressifs concomittants (huile minérale et traumatisme chez les fileurs de coton, poussières métalliques et substances radio-actives chez certains mineurs). Il existe presque toujours, avant qu'apparaisse le cancer, un temps de latence très long.

La prophylaxie de la maladie professionnelle consistant à protéger l'ouvrier contre les substances agressives, à le soustraire temporairement à leur action, enfin à dépister les accidents initiaux et à les traiter immédiatement, il serait souhaitable de pouvoir grouper les malades, venus des industries éventuellement nocives, dans un centre spécialement affecté à l'étude de ce problème.

Traitement des arthrites infectieuses. — MM. Rimbaud et Serre (*Gazette des hôpitaux*, 4-7 mars 1942) ont guéri rapidement et sans séquelles des arthrites infectieuses graves à forme pseudo-phlegmoneuse, par la dmelcothérapie associée à l'injection articulaire de sulfamide. Cette méthode thérapeutique a l'avantage d'associer l'activité antimicrobienne locale de la chimiothérapie sulfamidée et l'action anti-infectieuse générale et spécifiquement articulaire du choc pyrétogène.

Diagnostic hématologique de la coqueluche. — Le diagnostic de la coqueluche est souvent difficile, surtout au début. Les procédés radiologiques et sérologiques ne donnent que des réponses tardives. L'étude bactériologique, la recherche du bacille de Bordet-Gengou, est précoce et assure de façon formelle le diagnostic, mais l'étude hématologique qu'expose A. Bernard Pichon (*Semaine des Hôpitaux de Paris* janvier 1942) fournit une réponse positive pendant un temps beaucoup plus long, et ne comporte pas les difficultés techniques de la méthode bactériologique.

La coqueluche modifie de façon très spéciale le nombre et l'équilibre des globules blancs. Il existe une leucocytose marquée de 20 à 30.000 éléments, avec une lymphocytose de 60 à 70 %.

La valeur diagnostique de cette leucocytose à lymphocytose est grande, car les affections qui simulent la coqueluche à son début n'engendrent pas de modifications comparables. Il faudra cependant se méfier chez le jeune enfant, car il existe une leucocytose et une lymphocytose physiologiques.

De toutes façons, il y a avantage, pour résoudre les difficultés diagnostiques, à associer l'étude hématologique et l'ensemencement de la toux.

L'encéphalite tuberculeuse. — Les encéphalites à lésions parenchymateuses prédominantes sont mal précisées à l'heure actuelle ; cependant l'encéphalite tuberculeuse, relevant de lésions nettement caractérisées et engendrant des syndromes cliniques autonomes, doit prendre place à côté de la méningite et du tubercule cérébral, et MM. Rimbaud, Serre et Cazal (*Revue neurologique*, novembre-décembre 1941) l'étudient comme une troisième forme de la tuberculose du système nerveux central.

Surtout fréquente à l'âge adulte, elle apparaît chez des tuberculeux viscéraux dont la bacillose a récemment évolué. Constituée par une méningo-encéphalite à lésions vasculaires intenses, elle se traduit par des signes généraux marqués, un état de somnolence avec troubles psychiques, une dysarthrie bredouillante, un syndrome pyramidal diffus. Souvent apparaissent des symptômes de localisation divers et un syndrome méningé tardif. La formule rachidienne est muette pendant la plus grande partie de l'évolution. La forme aiguë, la plus fréquente, est rapidement mortelle.

La tuberculose chez les ouvriers d'usine. — MM. Eck, Defrance et Nadiras (*Le Médecin d'usine*, mars 1942), rapportent les résultats obtenus pendant cinq ans de lutte antituberculeuse dans un groupe d'usines métallurgiques. Voici les conclusions de leur statistique : la tuberculose en milieu ouvrier est trois fois plus fréquente qu'en milieu employé. Parmi les ouvriers, l'homme est quatre fois plus atteint que la femme, sans que l'âge ait aucune influence. Si l'on envisage les différents ateliers, on constate que la poussière de fonte prédispose particulièrement à la tuberculose pulmonaire. Au contraire les ateliers les plus salubres semblent être ceux où est travaillé l'aluminium et ceux où le travail sous huile réduit considérablement les productions de poussières.

Enfin les auteurs insistent sur la précocité du dépistage, la rapidité du placement sanatorial, la possibilité d'une collapsothérapie. Un facteur important est la durée de la cure, qui dans la majorité des cas est insuffisamment longue. Enfin il faut surveiller la reprise du travail, qui doit être progressive et constituer une véritable continuation de la cure.

Les ombres radiologiques fugaces. — MM. Delbecq et Garnier (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, n° 1, 1942) attirent l'attention sur les ombres ou opacités pulmonaires apparaissant soit chez des tuberculeux soit chez des sujets apparemment sains et dont le caractère primordial est la fugacité.

Au cours de la tuberculose pulmonaire, certains infiltrats labiles ne sont peut-être que la traduction de phénomènes congestifs réflexes, sous la dépendance d'une irritation pleuro-pulmonaire, résultant de l'évolution d'une lésion ou d'une intervention thérapeutique, plutôt qu'une manifestation directe de la tuberculose. Mais en présence d'une ombre radiologique nouvelle chez un tuberculeux pulmonaire, il faut plus souvent envisager la possibilité d'une bilatéralisation qu'escompter une résolution complète.

Les ombres radiologiques au cours des affections pulmonaires aiguës peuvent persister longtemps, alors que la guérison clinique est assurée. Aussi leur constatation entraîne-t-elle souvent de graves erreurs de diagnostic.

Enfin il existe des infiltrats pulmonaires d'origine allergique, tels que ceux constatés dans le syndrome de Lœffler et qui sont caractérisées par l'effacement rapide des images observées, leur association à une éosinophilie sanguine, enfin la pauvreté des signes cliniques. La bénignité étant l'un des caractères fondamentaux du syndrome de Lœffler, tout traitement est en général inutile.

L'étude de ces images radiologiques conduit MM. Delbecq et Garnier à les envisager comme une étape intermédiaire entre les altérations parenchymateuses invisibles aux rayons X et ne sortant pas du domaine de l'anatomie pathologique et les lésions importantes de la maladie constituée.

Traitement du delirium tremens par le sulfate de magnésie intraveineux. — Se basant sur les analogies entre le delirium tremens et l'œdème cérébral post-opératoire et en particulier sur les modifications œdemateuses de la rétine qui existent dans les deux cas, MM. Delmas-Marsalet, Lafon et Faure (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15 mars 1942) proposent un traitement du delirium tremens par des injections intraveineuses répétées de 10 c. c. de sulfate de magnésie en solution hypertonique à 15 pour 100.

L'effet immédiat est une diminution considérable de l'agitation des malades. Au point de vue mental, la confusion mentale et les hallucinations se dissipent rapidement. Le chiffre de guérisons obtenues a été de 86 %, supérieur à toutes les autres méthodes ; enfin les auteurs insistent sur la simplicité de la méthode et son caractère économique.

Le comportement du personnel hospitalier affecté au service des tuberculeux. — MM. Terras et Raybaud (*Marseille médical*, 15 février 1942) apportant les résultats d'une enquête parmi le personnel des Services de tuberculeux des Hôpitaux de Marseille, soulignent son comportement excellent, lié autant aux conditions d'aptitudes physiques exigées de ce personnel, qu'à l'immunité naturelle de l'homme vis-à-vis de la tuberculose. Les auteurs estiment que les risques à courir dans le milieu urbain sont au moins comparables à ceux que l'on court dans un service de tuberculeux pulmonaires.

La pleurésie primitive. Ses rapports avec le virage tuberculinique. — MM Troisier, Blanchy et Nico envisagent (*Annales de médecine*, n° 56, 1939-1940. Paru en avril 1942) les rapports entre le moment d'apparition de l'exsudat pleural et le virage de la cuti-réaction. Le plus souvent la pleurésie est consécutive au virage ; elle survient soit assez tardivement de huit à douze mois après celui-ci, soit presque immédiatement, dans des délais égaux ou inférieurs à un mois.

Dans d'autres cas, on a pu observer des exsudats pleuraux avant que la cuti ne soit devenue positive, en pleine période anté-allergique. La primo-infection inapparente a été révélée brusquement par l'apparition d'une pleurésie. Celle-ci est en général pauci-liquidienne et nécessite, pour être reconnue, des examens radiologiques systématiques.

Au point de vue pronostic, on ne peut dire encore s'il existe une différence entre les pleurésies précoces, contemporaines du virage et celles qui surviennent tardivement.

Enfin les auteurs insistent sur la nécessité de répandre la pratique de la cuti-réaction dans tous les milieux et de la répéter à des intervalles réguliers.

L'asthénie chez les diabétiques. — MM. P. Froment et M. Cenac (*Paris Médical*, 15 avril 1942) insistent sur la grande fréquence des états asthéniques chez les diabétiques.

L'asthénie physique, fréquente au début, consiste en un affaiblissement musculaire rendant pénible tout effort physique. Cet état de fatigue se manifeste parfois selon un horaire quotidien particulier.

A l'épuisement physique correspond en général un épuisement psychique, qui se traduit surtout par des troubles de l'attention ; le malade ne peut concentrer sa pensée ; la mémoire est souvent déficiente aussi.

Incapables d'un effort volontaire, ces diabétiques aboutissent à une véritable impuissance psychique. Parfois viennent s'ajouter des troubles de l'humeur et du caractère.

Ces diverses manifestations s'observent habituellement dans les formes graves, mais on les retrouve également dans les diabètes simples au moment des éliminations importantes de glucose dans les urines. Les troubles s'atténuent sous l'influence du régime et de l'insuline.

Orchite ourlienne et stérilité. — M. Jean Seguy (*Presse Médicale*,, 10 avril 1942) rapporte quelques observations d'orchite ourlienne mettant en évidence plusieurs points particuliers : d'abord, si l'orchite ourlienne n'existe pratiquement pas avant la puberté, elle est au contraire après la puberté une cause redoutable de stérilité.

L'orchite peut continuer son action destructrice sur les tubes séminifères pendant des mois et même des années après l'atteinte aiguë : d'où la possibilité d'azoospermie tardive ourlienne après un « intervalle libre », pendant lequel la fécondité peut être respectée.

Il existe d'autre part des formes d'orchite ourlienne très frustes et pourtant très graves pour la reproduction. On doit toujours soupçonner une atteinte bilatérale, même si cliniquement elle semble avoir été unilatérale.

Les auteurs ont essayé avec succès, au cours ou au décours immédiat de l'orchite, le chlorate de potasse comme agent de protection de la spermatogénèse contre le virus ourlien.

Traitement du tétanos par la sérothérapie massive et le somnifène. — Pour réaliser dans le tétanos le traitement de la réaction nerveuse, MM. Damade et Moulès (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 30 mars 1942) ont utilisé le somnifène par voie intramusculaire, à la dose de 2 c. c. par injection et de 4 à 6 c. c. par jour, rarement 8 c. c. chez l'adulte, les doses employées variant suivant l'âge, le poids, le degré d'imprégnation alcoolique du sujet, le nombre des tares organiques. La dose quotidienne de médicament doit être répartie en plusieurs injections, afin de prolonger ou de reproduire son action bienfaisante sans danger pour le malade.

Les injections sont effectuées deux à trois fois par jour (même la nuit, si cela est nécessaire), jusqu'à la diminution de l'intensité et de la fréquence des crises paroxystiques. Ce résultat est obtenu, en principe, au bout de cinq à six jours ; mais il est nécessaire, dans les formes très graves, de continuer le traitement parfois huit jours. Une fois les crises paroxystiques complètement disparues, il n'y a plus de raison de pratiquer de nouvelles injections.

L'action du somnifène chez les tétaniques est remarquable. Quelques instants après la piqûre, le malade ressent une impression de soulagement. Les paroxysmes douloureux s'arrêtent et un sommeil plus ou moins profond s'installe suivant la quantité de produit injecté. Le trismus, l'opisthotonos et les autres contractures toniques cèdent totalement ou partiellement. Le sommeil est tranquille et réparateur. La respiration tend à redevenir normale et le pouls subit souvent les mêmes modifications.

Cet état de sommeil persiste en général une ou deux heures. Au bout de ce temps réapparaissent quelques contractures paroxystiques, et ensuite peu à peu les diverses manifestations tétaniques reprennent leur intensité primitive, et une nouvelle injection de somnifène est nécessaire.

Au bout de deux à trois jours, le malade dort plus longtemps, avec des doses moindres d'allyl-iso propyl-malonylurée. Au réveil, les crises paroxystiques sont plus espacées, parfois réduites à de simples ébauches et peu à peu, au bout de cinq à six jours, les crises paroxystiques disparaissent, et seules persistent les contractures toniques : on peut arrêter à ce moment le traitement barbiturique.

Les divers appareils excréteurs ne sont pas endommagés par le somnifène. Malgré l'oligurie que présentent tous ces malades dès les premiers jours, la concentration de l'urée dans l'urine est normale. Comme éléments anormaux, on y trouve souvent quelques centigrammes d'albumine et des traces d'urobiline.

Pour lutter contre l'intoxication, MM. Damade et Moulès emploient, par voie intramusculaire ; (masses musculaires des fesses et des cuisses.) le sérum de l'Institut Pasteur, titré à 20.000 unités antitoxiques par ampoules de 10 c. c. : deux injections par jour : une le matin, une le soir.

Les doses quotidiennes varient de 100.000 à 200.000 unités antitoxiques pendant les trois à quatre premiers jours. Il faut continuer la sérothérapie pendant un certain temps (à la dose de 00.000 à 50.000 unités), jusqu'à la disparition de tous phénomènes généraux, jusqu'au début de la régression de la contracture.

A la sérothérapie les auteurs ont, chez deux de nos malades, associé l'anatoxinothérapie. Il s'agissait de deux tétanos graves traités par des doses importantes de sérum : l'un a guéri parfaitement, l'autre est décédé le sixième jour. L'anatoxine doit permettre à un organisme jeune et sain de fournir un plus gros apport antitoxique, en sus des antitoxines toujours prêtes amenées par le sérum. Mais un organisme gravement infecté peut ne pas faire les frais d'une vaccination. Aussi ne faut-il pas être systématique. Il est préférable de n'employer l'anatoxine que pour renforcer et prolonger l'action du sérum utilisé comme thérapeutique d'attaque.

Les troubles psychopathiques et la tuberculose. — MM. Dubois et Dogny consacrent à cette question (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 15 février 1942) une importante étude statistique et clinique dont voici les principales conclusions :

Dans le plus grand nombre des cas (68 p. 100), les accidents tuberculeux et les accidents psychopatiques sont concomitants.

Les troubles psychopathiques d'origine tuberculeuse présentent leur maximum de fréquence entre 15 et 30 ans, c'est-à-dire durant la période où l'organisme se trouve particulièrement éprouvé par l'infection tuberculeuse.

La localisation de l'infection tuberculeuse ne paraît pas jouer de rôle spécifique dans l'apparition, la forme ou l'évolution des troubles psychopathiques.

Les formes cliniques les plus fréquemment observées ont été : la démence précoce d'une part, les psychonévroses asthéniques ou les psychonévroses émotives d'autre part.

Les troubles psychopathiques d'origine tuberculeuse sont, en général, tenaces. Ils évoluent habituellement avec lenteur. L'évolution dépend plus de la forme clinique de l'affection psychique que de la gravité de l'atteinte tuberculeuse. C'est ainsi que les psychonévroses asthéniques, surtout chez les jeunes, paraissent d'évolution plus longue et plus tenace.

L'évolution des accidents psychopathiques et des accidents tuberculeux se fait, tantôt parallèlement, les uns et les autres guérissant ou s'aggravant dans le même temps, tantôt de façon dissemblable les uns guérissant, tandis que les autres s'aggravent.

Les indications de la néphrolithotomie. — M. Macquet, qui rapporte 4 cas de malades guéris par néphrolithotomie (*Gazette médicale de France*, mars 1942), précise les indications, la technique de cette opération et conclut que la néphrolithotomie n'est, ni « exceptionnelle », ni particulièrement « délicate », ni vraiment « dangereuse ». Il pense au contraire qu'elle est l'opération d'élection en présence d'un gros calcul coralliforme du rein, chaque fois que la pyélotomie est techniquement impraticable, que la pyonéphrose n'est pas constituée, la fonction rénale détruite, ou l'inaptitude au redressement fonctionnel démontrée.



INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

L'anesthésie et ses techniques. — 1° *Leçons théoriques* (Amphithéâtre Vulpian à 16 heures). — Mercredi 29 avril, M. Binet : Physiologie de l'anesthésie. — Vendredi 1er mai, M. Tiffeneau : Pharmacologie de l'anesthésie. — Lundi 4 mai, M. Tiffeneau : Pharmacologie de l'anesthésie. — Mercredi 6 mai, M. Lavoine. Les anesthésies par inhalation : chloroforme, éther, chlorure d'éthyle, etc. — Vendredi 8 mai, M. Desmarest : Les anesthésies par inhalation (*suite*) : Protoxyde d'azote, cyclopropane, etc. — Lundi 11 mai, M. Jacquot : Les anesthésies par voie rectale. — Mercredi 13 mai, M. Robert Monod : Les anesthésies par voie veineuse. — Vendredi 15 mai, M. Régnier : Les anesthésiques locaux actuellement utilisés. — Lundi 18 mai, M. Robert Monod : Les anesthésies loco-régionales, intra- et extra-durales. — Mercredi 20 mai, M. Santenoise : Système neuro-végétatif et anesthésie. — Vendredi 22 mai, M. Robert Monod : Examen pré-opératoire des malades en fonction de l'anesthésie. Prénarcose. Indications des diverses méthodes anesthésiques.

2° *Enseignement pratique complémentaire.* — M. Robert Monod commencera le 28 mai 1942, à 17 heures, à l'hôpital Laënnec, un cours pratique d'anesthésie comprenant des exposés théoriques et des exercices pratiques.

Les exposés théoriques auront lieu les lundis et jeudis suivants à la même heure à l'hôpital Laënnec.

Pour les exercices pratiques, les élèves seront répartis dans différents services hospitaliers.

Droit d'inscription pour l'enseignement pratique : 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Indemnités de fonction des personnels de l'enseignement supérieur. — A compter du 1er avril 1942, des indemnités forfaitaires de fonction seront accordées dans la limite des taux maxima annuels que voici :

6.000 *francs* pour les assistants de 5e classe de l'Université de Paris, du Collège de France et du Muséum et pour les assistants de 6e, 5e et 4e classe des Universités de province.

8.000 *francs* pour les assistants de 4e et 3e classe (Paris), pour les assistants de 3e et 2e classe (départements).

10.000 francs pour les agrégés non pérennisés de la Faculté de médecine de Paris, pour les professeurs sans chaire, les agrégés pérennisés et non pérennisés (départements), pour les chefs de travaux de 3e et 2e classe (Paris), les assistants de 2e et 1re classe (Paris), les assistants de 1re classe (province), les chefs de travaux de 3e, 2e et 1re classe (province).

12.000 *francs* pour les professeurs sans chaire et agrégés pérennisés (Paris), les chefs de travaux de 1re classe (Paris).

15.000 *francs* pour les professeurs des Facultés de l'Université de Paris, pour les professeurs de 2e et 1re classe des Facultés de province, pour les professeurs du Collège de France et du Muséum.

Les membres de l'enseignement supérieur cumulants ne peuvent prétendre qu'au bénéfice d'une seule indemnité afférente à leur occupation principale. L'indemnité des doyens est celle correspondant au grade dont ils sont titulaires. Cette indemnité pourra se cumuler avec l'indemnité de direction instituée par la loi du 31 octobre 1941, celle-ci étant diminuée du préciput.

Enfin, l'arrêté du 28 mars 1942 (*J. O.*, 4 avril 1942), relatif à ces indemnités, précise que ne peuvent prétendre au bénéfice de l'indemnité de fonction les professeurs des Facultés de médecine soumis à la contribution de la patente.

Hôpitaux — Assistance publique

Hôpitaux de Paris. — Concours : 1° Pour deux places d'oto-rhino-laryngologiste, le 3 juin (inscription du 4 au 12 mai). — 2° Pour deux places de stomatologiste, le 15 juin (inscription du 13 au 22 mai). — 3° Pour deux places d'ophtalmologiste, le 5 juin (inscription du 11 au 18 mai).

Hôpitaux de Bretagne. — Un concours sera ouvert le mercredi 10 juin 1942, à l'Assistance publique à Paris, pour la nomination à cinq postes de chirurgien des hôpitaux de la région de Bretagne, savoir : Deux postes de chirurgien de l'hôpital de Quimper ; un poste de chirurgien de l'hôpital de Morlaix ; un poste de chirurgien-adjoint de l'hôpital de Saint-Brieuc ; un poste de chirurgien-adjoint de l'hôpital de Lorient. Les candidats devront se faire inscrire du lundi 11 mai au samedi 23 mai 1942 inclusivement à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 8, rue du Docteur-Regnault, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

Le mardi 16 juin 1942, un concours sera ouvert pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Rennes.

Inscription du vendredi 15 mai au samedi 30 mai 1942 inclusivement, à la Direction régionale de la Santé.

Hôpitaux de Paris. Concours de l'internat. — Sont nommés : MM. 1. Houdart (Raymond) ; 2. Hewitt (Jean) ; 3. Rouget (Jacques) ; 4. Maurice (Pierre) ; 5. René (Louis) ; 6. Mlle Schweisguth (Odile) ; 7. Mlle Doumic (Alice) ; 8. Rosey (Jean) ; 9. Perrotin (Jean) ; 10. Bliski Pasquier (Georges).

11. Dubel (Guy) ; 12. Gerbaux (Alain) ; 13. Mlle Faillebin (Jeanne) ; 14. Vaysse (Jean) ; 15. Darris (Charles) ; 16. Galand (Maurice) ; 17. Guimezanes (Eugène) ; 18. Alhomme (Pierre) ; 19. Bergeron (André) ; 20. Mme Pujol, née Fillon.

21. Seneeal (Jean) ; 22. Chatelin (Charles) ; 23. Mlle Grould ; 24. Veyrières (Jean) ; 25. Pestel (Maurice) ; 26. Duhamel (Gérard) ; 27. Marche (Jean) ; 28. Paley (Pierre) ; 29. Scherrer (Jean) ; 30. Le Lorier (Guy).

31. Durand (Claude) ; 32. Bertier (Jacques) ; 33. Pujol (Maurice) ; 34. Klein (Michel) ; 35. Loygue (Jean) ; 36. Choubrac (Pierre) ; 37. Gosset (Jean) ; 38. Paraf (André) ; 39. Boreau (Jacques) ; 40. Caplier (Pierre).

41. Keruzore (Frantz) ; 42. Jacquemin (Henri) ; 43. Sclafer (Jacques) ; 44. Chateau (Robert) ; 45. Basset (Louis) ; 46. Dupont (Victor) ; 47. Carrillon-Maurtua ; 48. Gougerot (Jean) ; 49. Danion (Jean) ; 50. Girauld (Marie-Albert).

51. Oudot (Jacques) ; 52. Dausset (Jean) ; 53. Jouve (Emile) ; 54. Joué (Raphaël) ; 55. Hertz (Claude) ; 56. Ingello (Georges) ; 57. Legendre (Jean) ; 58. Wetterwald (François) ; 59. Ardouin (Maurice) ; 60. Berthel (Georges) ; 61. Estève (Pierre).

Candidats nommés externes en premier à la suite du concours de 1941. — *Classement.* — MM. 1. Lafourcade ; 2. Mlle Granier (Régine) ; 3. Salinesi (Jules) ; Ponsar (Alain) ; 5. Mlle Noufflard (Henriette) ; 6 Lavarde (Jean) ; 7. Bourdy (Yves) ; 8. ThierrS (Jean) ; 9. Monie (Jacques) ; 10. Chadoutaud (Louis).

11. Feffer (Jean) ; 12. Sirot (Jacques) ; 13. Mlle Cousin (Maud) ; 14. Cardier (Lucien) ; 15. Boudot (Jean) ; 16. Ryckewaert (Antoine) ; 17. Raymond (Jean) ; 18. Combet (Jean) ; 19. Lacourbe (Robert) ; 20. Toupet (André).

21. Woimant (Georges) ; 22. Delater (Jean) ; 23. Tournier (Paul) ; 24. Denisart (Paul) ; 25. de Fourmestraux (Jean) ; 26. Mlle Saulnier (Micheline) ; 27. Piérart (André) ; 28. Perraudin (Charles) ; 29. Canivet (Jean) ; 30. Alloiteau (Jean).

31. Tricard (Armand) ; 32. Spriet (René) ; 33. Richard (Henri) ; 34. Ricordeau (Gaston) ; 35. Dubois (Jacques) : 36. Bourguet (Jacques) ; 37. Arnaud (Louis) ; 38. Borniche (Paul) ; 39. Guéniot (Maurice) ; 40. Mlle Savaton (Jacqueline).

41. Rathery (Michel) ; 42. Lamy (Robert) ; 43. Chapelet (Jean) ; 44. Lallemand (Jean) ; 45. Nebout (Jean) ; 46. Jacob (Paul) ; 47. Koupernik (Cyrille) ; 48. Mlle Santelli (Rose) ; 49. Sibertin-Blanc (Michel) ; 50. Mignot (André).

51. Flavigny (Joseph) ; 52. Burgot (Pierre) ; 53. Chardin (Daniel) ; 54. Faurel (Jean) ; 55. Marchal (Louis) ; 56. Cousin (Robert) ; 57. Hiverlot (Emile) ; 58. Poncet (Emile) ; 59. Legrand (René) ; 60. Conche (Maxime).

61. Mlle Monghal (Thérèse) ; 62. Guy (Edouard) ; 63. Louveau (Etienne).

Externat. — **Liste des candidats reçus** au concours de l'année 1941-1942. — *Classement.* — MM. 1. Coffin (Edouard) ; 2. Besson (Henry) ; 3. Tourneur, dit Tourneur Aumont ; 4. Piton (André) ; 5. Coffin (Georges) ; 6. Neel (Jean) ; 7. Bonnette (Jean) ; 8. Contamin (François) ; 9. Chevret (Robert) ; 10. Dubois (Michel).

11. Lauras (André) ; 12. Marty (Olivier) ; 13. Courtois Suffit ; 14. Mlle Faure (Marguerite) ; 15. Pepin (Bernard) ; 16. Christol (Daniel) ; 17. Deniker (Jean) ; 18. Merlier (Max) ; 19. Mlle Dufour (Geneviève) ; 20. Nicol (Marcel).

21. Le Tournau (Jean) ; 22. Lapresle (Claude) ; 23. Frileux (Claude) ; 24. Houdard (Claude) ; 25. Mlle Lelièvre (Huguette) ; 26. Prévost (Jean) ; 27. Bachy (Francis) ; 28. Vaysse (Pierre) ; 29. Saito (Tamotsu) ; 30. Bertrand (Jean).

31. Sainrapt (André) ; 32. Lacronique (Guy) ; 33. Fritel (Didier) ; 34. Houssay (Michel) ; 35. Delmas (André) ; 36. Poirault (André) ; 37. Mlle Vaultrin (Marie-Cécile) ; 38. Berthaux (Paul) ; 39. Marland (Pierre) ; 40. Mlle Lebailly (Geneviève).

41. Crucioni (Raymond) ; 42. Debuisson (Michel) ; 43. Carage (Philippe) ; 44. Hatt (Pierre) ; 45. Mlle Dupeyron (Thérèse) ; 46. d'Oblionsky (Alexandre) ; 47. Fauré (Clément) ; 48. Ciampi (Yves) ; 49. Delalande (Michel) ; 50. Rinieri (Antoine).

51. Feliciano (Jean) ; 52. Wissa Wassef (Horns) ; 53. Mlle Lescoffy (Jacqueline) ; 54. Closier (Jean) ; 55. Crepy (Claude) ; 56. Mlle Delmas (Suzanne) ; 57. Gatelman (Raymond) ; 58. Mlle Bozanes (Jocelyne) ; 59. Trelat (Jean) ; 60. Prot (Daniel).

61. Pernelle (Marcel) ; 62. Trouillard (Pierre) ; 63. Talleux (Pierre) ; 64. Petitcollot (Jean) ; 65. Mlle Debre (Claude) ; 66. Tournebeuf (Pierre) ; 67. Darnis (François) ; 68. Bloch Lainé (Jean) ; 69. Barbizet (Jacques) : 70. Flament (Jean).

71. Flurin (René) ; 72. Duhamel (Jean) ; 73. Poumailloux (Guy) ; 74. Charroux (Pierre) ; 75. Mlle Morival (Hélène) ; 76. Nicolle (Bernard) ; 77. Cornet (Pierre) ; 78. Simoni (Robert) ; 79. Dubois (Jacques) ; 80. Etienne (Michel).

81. Lenormand (Henri) ; 82. Mlle Cacaud (Hélène) ; 83. Mlle Olivier (Gisèle) ; 84. Gougeon (Jacques) ; 85. Delahousse (Jacques) ; 86. Mlle Foucque (Marie) ; 87. Lang (Jean) ; 88. Mlle Kernevez (Marie) ; 89. Fabre (Jean) ; 90. Mlle Mottais (Suzanne).

91. Choay (Louis) ; 92. Le Roy (Pierre) ; 93. Bertagna (Louis) ; 94. Guillemart (Jean) ; 95. Martin (Alain-Jean) ; 96. Weissenbach (Robert) ; 97. Dorland (Pierre) ; 98. Coudert (Jean) ; 99. Mlle Bouget (Marie) ; 100. Nogrette (Pierre).

101. Voisin (Guy) ; 102. Duvillier (Jean) : 103. Oury (Michel) ; 104. Le Jeune (Olivier) ; 105. Boutaric (Pierre) : 106. Guillermou (Yves);

107. Lepercq (Gaston) ; 108. Roisin (René) ; 109. Brochen (Georges) ; 101. Guilleminot (Jean) .

111. Dautry (Paul) ; 112. Meary (Robert) ; 113. Maiegue (Michel) ; 114. Denis (Yves) ; 115. Hermann (Pierre) ; 116. Martin (Pierre) ; 117. Bidaut (Henri) ; 118. Chibout (Jean) ; 119. Mlle Renaudin (Simone) ; 120. Mlle Gilbert (Andrée).

121. Grellet (Maurice) ; 122. Pineau (Pierre) ; 123. Senechal (Gilbert) ; 124. Combet (Jean) ; 125. Breger (Paul) ; 126. Mallevre (Roger); 127. Laumonier (René) ; 128. Wallon (Denis) ; 129. Mlle Cruciani (Christiane) ; 130. Pommier de Santi.

131. Bourel (Michel) ; 132. Heuyer (Pierre) ; 133. Couinaud (Claude) ; 134. Daubail (Georges) ; 135. Mlle Benon (Geneviève) ; 136. Dioudonnat (Yves) ; 137. Nicolaidis (Eleftheré) ; 138. Thierry Mieg (Jean) ; 139. Dessus (Henri) ; 140. Mlle Wodzinski (Nicole).

141. Meunier (Francis) ; 142. Schweich (Michel) ; 143. Coullaud (Denis) ; 144. Moulonguet (Albert) ; 145. Voyeux (Pierre) ; 146. Tremblay (Emmanuel) ; 147. Vigan (Claude) ; 148. Petit (Jérôme) ; 149. Mme d'Hespel, née de la Bourdonnaye ; 150. Picard (Robert).

151. Meunier (Jacques) ; 152. Chateau (Michel) ; 153. Livory (Albert) ; 154. Mlle Aboulene (Adrienne) ; 155. Vimeux (Henri) ; 156. Baland (Antoine) ; 157. Ozanne (Paul) ; 158. Fontaine (Claude) ; 159. Isselin (James) ; 160. Mlle Monbrun (Françoise).

161. Wallois (Pierre) ; 162. Lamy (Robert) ; 163. Mlle Fontaine (Martine) ; 164. Rameix (Pierre) ; 165. Mlle Chenard (Jeanne) ; 166. Bretin (Régis) ; 167. Tyss (Jean) ; 168. Halmagrand (Jacques) ; 169. Ferbos (Guy) ; 170. Wisner (Jean).

171. Lhermitte (François) ; 172. Ourly (René) ; 173. Barbot (Alphonse) ; 174. Mlle David (Marie) ; 175. Tiret (Maurice) ; 176. Chanderlot (Bernard) ; 177. Bouutroy (Raymond) ; 178. Mlle Held (Marie) ; 179. Colliard (Max) ; 180. Mlle Brunet (Violette).

181. Bruneau (Jean) ; 182. Caillot (Maurice) ; 183. Baumgart (André) ; 184. Martin (Jean) ; 185. Gay (André) ; 186. Maret (Robert) ; 187. Hummel (Jacques) ; 188. Hueber (Jean) ; 189. Millot (Jean) ; 190. Ferry (Camille).

191. Dusseux (Jacques) ; 192. Aladenise (Jacques) ; 193. Foucquier (Elie) ; 194. de Gaudart d'Allaines ; 195. Mordret (Adrien) ; 196. Œconomos (Doros) ; 197. Laroza (Jean) ; 198. Bezard (Jean) ; 199. Gobert (Jean) ; 200. Mlle Barré (Françoise).

201. Roquelaure (Joseph) ; 202. Gabail (Maurice) ; 203. Richard (Jacques) ; 204. Mlle Muller (Françoise) ; 205. Challe (Jean) ; 206. Caine (Jean) ; 207. Gouinguenet (Charles) ; 208. Toulet (Jacques) ; 209. Fournier (Michel) ; 210. Dunoyer (Jean).

211. Siméon (Jean) ; 212. Pertuiset (Bernard) ; 213. Suquet (Yves) ; 214. Bélin (Pierre) ; 215. Blanc (Pierre) ; 216. Raynaud (Jean) ; 217. Gross (Jean) ; 218. Mlle Bourgeois (Madeleine) ; 219. Boutard (Jacques) ; 220. Le Damany (Louis).

221. Maillard (René) ; 222. Richard (Paul) ; 223. Touchard (René) ; 224. Prieur (Jacques) ; 225. Celle (Paul) ; 226. Debray (Jacques) ; 227. Duvernois (Georges) ; 228. Hoquet (Paul) ; 229. Von Essen (Jacques) ; 230. Avril (Jean).

231. Mlle Sidler (Elisabeth) ; 232. Michaud (Jacques) ; 233. Mlle Bosc (Marie) ; 234. Labouret (Georges) ; 235. Mlle Bacy (Ginette) ; 236. Haye (Gilbert) ; 237. Brule (Georges) ; 238. Deboos (Pierre) ; 239. Mlle Marlier (Lucie) ; 240. Kalachnikoff (Pierre).

241. Buge (André) ; 242. Renard (Jacques) ; 243. Colbert (Jean) ; 244. Lestradet (Henri) ; 245. Routier (Jacques) ; 246. Bernier (Etienne) ; 247. Macrhand (Jean) ; 248. Puyo (Georges) ; 249. Briant (Janie) ; 250. Brulet (René).

251. Mercier (Jean) ; 252. Faure (Paul) ; 253. Vaysse (Sylvio) ; 254. Lordez (Pierre) ; 255. Cottrell (Xavier) ; 256. Nedey (Raymond) ; 257. Crouzatier (André) ; 278. Alexopoulos (André) ; 259. Poher (Michel) ; 260 Mlle Lautier (Nicole).

261. Pinel (Jacques) ; 262. Mlle Noailles ; 263. Desmonts (Georges) ; 264. Grignon (Jean) ; 265. Bruel (André) ; 266. Mlle Daveau (Jeanne) ; 267. Chambionnat (Michel) ; 268. Gravet (Pierre) ; 269. Mlle Leissen (Anne) ; 270. Barbe (iPerre).

271. Mlle Chausse ; 272. Mlle Schnabel ; 273. Cordier (Roger) ; 274. Lemoine (André) ; 275. Bruezière (Jacques) ; 276. Poncet (Paul) ; 277. Mlle Noviant ; 278. Natali (Jean) ; 279. Godin (Jean) ; 280. Villiaumey (Jacques).

281. Mlle Bouvot (Henriette) ; 282. Dirand (Robert) ; 283. Minier (Yves) ; 284. Mlle Villedrouin ; 285. Denoyelle (Jacques) ; 286. Bertrand (Jacques-François) ; 287. Vivier (Jacques) ; 288. Morinière (Jean) ; 289. Gelinet (Maurice) ; 290. Pauleau (René).

291. Marmin (Pierre) ; 292. Sevin (Paul) ; 293. Vazeux (Jacques) ; 294. Leblay (Roger) ; 295. Faucheur (Jean) ; 296. Genot (Maurice) ; 297. Dumoncel (Jacques) ; 298. Teinturier (Jules) ; 299. Bouffard (Jacques) ; 300. Abbas (Raoul).

301. Delatre (Georges) ; 302. Branthomme ; 303. Rolland ; 304. Mory (Jean) ; 305. Maribat (Fernand) ; 306. Carbonnet (Georges) ; 307. Balandra (Marc) ; 308. Zlatoff (Pierre) ; 309. Proche (Claude) ; 310. Catta (Jacques).

311. Gaignoux (Yves) ; 312. Poteaux (André) ; 313. Herve (Raoul) ; 314. Robert (Roland) ; 315. Harel (Jean) ; 316. Mme Basset, née Troisier ; 317. Guillaume (Jean) ; 318. Baron (Jacques) ; 319. Meunier ; 320. Bertheaume.

325: Mlle Chancel (Geneviève) ; 322. Levêque (Bernard) ; 323. Bodin (Francis) ; 324. Troudet (Jean) ; 325. H rrault (André) ; 326. Betourne (Claude) ; 327. Rober (Pierre) ; 328. Freuhard (Louis) ; 329. Rougeulle (Jacques) ; 330. Sero Guillaume.

331. Joannes (Alain) ; 332. Decerisy (Jean) ; 333. Klein (Roger) ; 334. Mlle Regnault (Paule) ; 335. Mlle Girardier (Claude) ; 336. Bouelle (Jean) ; 337. Chataigneau (Jacques) ; 338. Larget (Paul) ; 339. Pequignot (Georges) ; 340. Stephan (Victor).

341. Mlle Rodrigues (Ely) ; 342. Doli (Jean) ; 343. Le Courtois (Pierre) ; 344. Malvezin (Jean) ; 345. Bosquet (Gilbert) ; 346. Peron (Robert) ; 347. Mazière (Jacques) ; 348. Boissy (François) ; 349. Reberteau (Jean) ; 350. Connault (Jacques).

351. Bonfils (Serge) ; 352. Paque (Claude) ; 353. Noël (Paul) ; 354. Bessi (Ernest) ; 355. Etienne (Pierre) ; 356. Guilhem (Jean) ; 357. Rousset (Jacques) ; 358. Dechy (Jacques) ; 359. Huc (Michel) ; 360. Davaine (Alfred).

361. Cadoret (Jean) ; 362. Mlle Eustache (Renée) ; 363. Mlle Geber (Marcelle) ; 364. Ramon (Jean) ; 365. Baudoux (Michel) ; 366. Poinsard (Guy) ; 367. Fallas (André) ; 368. Hug (Jean) ; 369. Segalen (Jean) ; 370. Mlle Carette (Lysiane).

371. Yger (Marcel) ; 372. Prevost (Henri) ; 373. Neumann (Georges); 374. Rousselet (Jean) ; 375. Lagrange (Jean) ; 376. Dujardin (Antoine) 377. Robert (René) ; 378. Bonniot de Ruisselet ; 379. Joly (Pierre) ; 380. Mlle Guénot (Germaine).

381. Jacquemart (Pierre) ; 382. Hamel (Daniel) ; 383. Ramon (Paul) ; 384. Mlle Florand (Colette) ; 385. Faivre (André) ; 386. de Ponton d'Amecourt ; 387. Dumery (Paul) ; 388. Lefèvre (Jacques) ; 389. Denier (Michel) ; 390. Lestocquoy (Charles).

391. Homualk (Georges) ; 392. Mlle Voyemant (Andrée) ; 393. Batisse (Raymond) ; 394. Remond (André) ; 395. Mlle Mignot (Hélène) ; 396. Roussillon (Jean) ; 397. Fossier (Jean) ; 398. Baudet (André) ; 399. Paris (Pierre) ; 400. Genevray (Jean).

401. Dispan de Floran ; 402. Coutureau (Paul) ; 403. Robineaux (Roger) ; 404. Housset (Edouard) ; 405. Habib (Georges) ; 406. Lepront (Roland) ; 407. Brion (Serge) ; 408. Dubray Vautrin ; 400. Laurent (François) ; 410. Mlle Leroy (Françoise).

415. Duvelleroy (Charles) ; 412. Girault (Pierre) ; 413. Mme Nicolaidis, née Leeontour ; 414. Mlle Breton, dit Robert ; 415. Dewe (André) ; 416. Morin (Pierre) ; 417. Meyer (Jacques) ; 418. Cardin (Michel) ; 419. Mlle Paraf (Madeleine) ; 420. Mlle Spoerry (Anne).

421. Palfer-Sollier ; 422. Pruddhomme (Pierre) ; 423. Dionnet (Jean) ; 424. Fontanel (Jean) ; 425. Devaux (Jean) ; 426. Blanchet (Pierre) ; 427. Chirie (Michel) ; 428. Vandooren (Milkel) ; 429. Le Quintrec (Jean) ; 430. Coutel (Yves).

431. Dubrisay (Jacques) ; 432. Moison (Yves) ; 433. Corniflot (Robert) ; 434. Redor (Maurice) ; 435. Baudoin (Yves) ; 436. Mlle Thernot (Violette) ; 437. Cavagna (Emile) ; 438. Levêque (Georges) ; 439. Postel (Michel) ; 440. Mlle Hurel (Micheline).

441 . Cotoni (Pierre) ; 442. Fouquet (Louis) ; 443. Violette (Guy) ; 444. Bonetti (Raymond) ; 445. Tarnat (Robert) ; 446. Garaix (Jean) ; 447. Loubière (René) ; 448. Romieux (René) ; 449. Weller (Charles) ; 450. Mlle Costeseu (Irina).

451. Caux (Marcel) ; 452. Chatriot (Marc) ; 453. Galy (Lucien) ; 454. Guérin (Robert) ; 455. Boulanger (Pierre) ; 456. Devaux (Jean) ; 457. Mlle Aubriet ; 458. Bouteille (François) ; 459. Chemery (Bernard) ; 460. Bourguignon (André).

461. Tiriau (Gilbert) ; 462. Crosnier (Jean) ; 463. Mlle Bosquet ; 464. Muffang (Yves) ; 465. Foucher (Michel) ; 466. Castel (Yves) ; 467. Gougand (Jean) ; 468. Castano (Modeste) ; 469. Mlle Bricard ; 470. Fallot (Pierre).

471. Mlle Fayol (Simone) ; 472. Clin (Roland) ; 473. Grimault (Jacques) ; 474. Cotlenko (Vadmi) ; 475. Dufourmentel (Philippe) ; 476. Mathieu (Emile) ; 477. Ossipovski (Boris) ; 478. Moulonguet (Henri) ; 479. Gautier (Léon) ; 480. Giraud (Robert).

481. Duval (Marius) ; 482. Tuffier (Jacques) ; 483. Mlle Hot (Josette) ; 484. Leclercq (Robert) ; 485. Mognetti (Jacques) ; 486. Mlle Nevejans (Hélène) ; 487. Coupe (Claude) ; 488. Gueguen (Jean) ; 489. Emery (Lucien) ; 490. Mlle Dupaigne (Madeleine).

491. Bonnet (Jacques) ; 492. Azaiz (Mokhtar) ; 493. Piednoir (Emile) ; 494. Kepes (Adam) ; 495. Mlle Ramon (Hélène) ; 496. Mlle Peureux (Gisèle) ; 497. Drouillard (Jean) ; 498. Lafleur (Maurice) ; 499. Chavigny (André) ; 500. Ceccaldi (Pierre).

501. Cheron (Bernard) ; 502. Lestrade (Jacques) ; 503. Vallée (Claude) ; 504. Mlle Auquier (Andrée) ; 505. Weckerle (Fernand) ; 506. Baillet (Jack) ; 507. Mlle Retail (Odette) ; 508. Hinaut (Georges) ; 509. Pillot (Jean) ; 510. Mlle Klein (Olga).

511. Muler (Henri) ; 512. Le Bouteiller (Michel) ; 513. Bouvatttier (Philippe) ; 514. Godde (Claude) ; 515. Bay (Pierre) ; 516. Debray (Pierre) ; 517. Dejours (Pierre) ; 518. Pillot (André) ; 519. Seguinot (Gustave) ; 520. Contencin (Jean).

521. Dupuy (Guy) ; 522. Herry (Marcel) ; 523. Mlle Wolfer (Elisabeth) ; 524. Barre (André) ; 525. Mlle Georges (Simone) ; 526. Bazin (Georges) ; 527. Trividic (Jean) ; 528. Gugelot (André) ; 529. Gadrat (Pierre) ; 530. Herbert (Pierre).

531. Juhel (Jean) ; 532. Brisabois (Serge) ; 533. Body (Jean) ; 534. Michon (Lucien) ; 535. Coudraud (Roger) ; 536. Lecœur (Jacques) ; 537. Hay (Jean) ; 538. Tavernier (Claude) ; 539. M. de Uzan (Michel) ; 530. Amondruz (Jean).

541. Joussaume (André) ; 542. Raimbault (René) ; 543. Mlle Adam, née (Aubert ; 544. Mlle Gerster (Maria) ; 545. Jouvent (Robert) ; 546. Larroque (Pierre) ; 547. Séjournet (Gérard) ; 548. Surugue (Paul) ; 549. Lechevrel (Bertrand) ; 550. Peumery (Jean).



ECHOS & GLANURES

La pathologie vue par les candidats à l'Externat 42

Si les candidats pour la plupart demeurent — comme le jury — attachés à un classicisme décevant, quelques esprits originaux ont proposé, avec plus ou moins de succès, des vues hardiment nouvelles et souvent inattendues, soit sur des points de détail, soit sur des éléments cardinaux, séméiologiques ou pathogéniques, des questions proposées. Nous ne pouvons citer toutes ces opinions et nous exclurons également les erreurs simples et relativement bénignes, tel le signe de Babinski considéré comme un élément fondamental du tabès par « quarante pour cent » des candidats (dont quelques-uns, à dire le vrai, nous ont assuré qu'au cas où le signe de Babinski viendrait à manquer , on peut tout de même faire le diagnostic de tabès) et nous nous en excusons auprès des auteurs.

Voici, au hasard de la lecture des copies, quelques-unes des expressions, des affirmations, des propositions, qui ont retenu, de façon particulière, l'attention du jury.

A) Pathologie interne

Question n° 1. — Les six principaux signes de la maladie de Basedow, laboratoire compris, sont classiquement au nombre de quatre, mais les modernes en décrivent six et souvent bien davantage. Le goitre est mal limité et il convient de regarder le malade de profil, car c'est une maladie très fréquente chez les femmes au voisinage de la ménopause. L'exophtalmie oblige le plus souvent à la tarsoraphie mais elle peut être plus modeste. La tachycardie est variable, pouvant aller jusqu'à l'asystolie. Le tremblement est mis en évidence aux doigts écartés au dessus d'une feuille de papier blanc. Le cinquième signe est l'apparition de tics ou de sentiments très poussés ; ou encore, l'inconstance affective, voire même l'amaigrissement de la partie inférieure du thorax. En tout cas, il faut insister sur le psychisme très particulier : il s'agit le plus souvent d'une femme. L'examen de laboratoire important est le métabolisme, auquel toutefois on tend à préférer l'hypocholestérolémie, le calcium (ou hypercalcémie et chute des cheveux), l'examen du sang, la légère éosinophilie, la recherche du bacille de Wassermann, l'absence de thyroxine dans le sang et la biopsie de la masse sous le menton.

Question n° 2. — L'étude des réflexes tendineux et cutané plantaire dans le tabès dorso-lombaire est capitale. Elle est extrêmement difficile. On reviendra donc plusieurs jours de suite les examiner et on se mettra à plusieurs médecins. Il faudra se mettre dans les meilleures conditions possibles. On s'efforcera donc de distraire le malade pendant qu'on lui chauffera les pieds. Le rotulien se fait toujours en flexion et le tabétique fait un véritable bond, ce qui ne se produit pas chez les sujets normaux. Les réflexes tendineux seront recherchés avec un maillet ou un marteau « lourd ». Pour Guillain, l'un des premiers réflexes atteints est le médio pubien postérieur. Quant au cutané plantaire qui se cherche sur le pied sec et humide..., c'est le signe de Babinski qui, ici, dans le tabès prend le nom de signe de von Wahl.

Question n° 3. — L'examen de l'abdomen, au cours d'une cirrhose de Laënnec, à la période ascitique, avant toute ponction, montre des signes capitaux. Le diagnostic est évident, car le faciès du malade est excavé et celui-ci, malgré ses dénégations, nous fournit l'aphorisme de Portal. L'abdomen est considérablement augmenté de volume. Le malade vient consulter pour enflure démesurée, le ventre est sphérique, véritable outre tendue où l'ombilic est déplissé et en tête de méduse, avec parfois même ventre d'obusier, s'étalant en fer à cheval en décubitus dorsal... parfois même l'abdomen est retourné en doigt de gant et il tombe en tablier ou s'épanouit en batracien. Parfois ce ventre dangereusement déplissé est étalé en galette dont la matité est en croissant ; il est parfois en œuf d'autruche... L'ombilic retourné en doigt de Gand (*sic*) ou en obusier est sonore et souvent sphacélé..., il peut être déplacé. La circulation collatérale est un des trépieds du syndrome d'hypertension portale. Elle réalise des têtes de méduse, ou même un paquet de méduses, voire un véritable nid de méduses. On note encore sur la peau, les dilatations serpentines des lymphatiques, et des vergetures qui viennent recouvrir le pli inguinal. Le signe du flot, chatouillement particulier qu'on ne peut guère décrire, est retrouvé plus facilement au stéthoscope en secouant le malade. Parfois les ondes sont visibles à jour frisant sur la paroi où une main amie peut intercepter les vibrations. On peut aussi frapper les hanches et recevoir les vibrations sur le pubis. Le foie, souvent hypertrophié, énorme, couturé et douloureux, est par ailleurs très abaissé, dur et bosselé, marronné et ficelé. Il peut être petit et atrophié, mais alors on a le reflux hépato-jugulaire. On sent, sous l'apophyse styloïde, le bord gauche du foie. Le signe du glaçon est obtenu, car le foie qui nage littéralement dans le liquide d'ascite, comme un bouchon de champagne, comme un iceberg, comme un glaçon dans un baquet, revient frapper la main qui l'explore comme une balle lancée contre un mur, c'est-à-dire que la main qui renvoie le foie le reçoit sur le doigt peu de temps après. On notera encore dans ce ventre cœruléen une matité du petit bassin qui est en besace à concavité supérieure, si le malade est à genoux. A l'extrême limite de l'abdomen, on sentira les hémorroïdes, et d'ailleurs le toucher rectal montrera le vide de l'ampoule. Quant au toucher vaginal, il montre le dédoublement de la paroi recto-vaginale et permet de sentir l'utérus qui semble flotter dans la cavité abdominale, ses mouvements étant souples et ondulants.

Question n° 4. — L'auscultation de la pneumonie franche lobaire aiguë de la base, au début, à la période d'état, au lendemain de la crise, est capitale. A la période de début, les signes sont obscurs. A la période d'état, l'auscultation est fertile. Non seulement le malade tombe de sommeil, mais encore, on entend des bouquets de crépitants qui éclatent comme une fusillade subite à l'oreille. On les compare au frottement du cheveu contre l'oreille, ou encore à une poignée de cheveux, ou bien, pour Laënnec, au crépitement du sel sur l'oreille, au sel fin dans une poêle chaude, ou, surtout, au décrépitement du sel dans une bassine d'eau chaude à température douce. Signalons qu'à la période d'état les râles crépitants ont semblé s'agglomérer en masse avec phénomène de chasse de l'un d'eux. Le souffle tubulaire est comparable au bruit que l'on fait en soufflant dans un tube creux, en carton, en bois, en métal, ou encore dans un tube vide, mais aussi dans un tube rempli d'air. On peut également souffler dans un arrosoir, dans un canon de fusil, dans les deux mains fléchies, ou disposées en conque, ou réunies en cavité, ou dans un vase vide et creux, mais aussi dans une trompe, une corne, un « espace rétréci », un cornet de papier, un goulot de carafe, un tuyau d'orgue en bois, une clé creuse ou, par un tube étroit, dans un récipient métallique. Enfin, une des meilleures techniques est de souffler dans les mains recroquevillées pour former un tube. On obtient ainsi un souffle en jet de vapeur. Après la crise, le souffle a disparu mais on l'entend encore pendant plusieurs jours. Chez l'enfant, on entend le cri de la toux et chez les tarés des souffles qui gazouillent. Signalons enfin le thorax en bateau étriqué.

Question n° 5. — Les signes d'auscultation cardiaque et les signes vasculaires périphériques de l'insuffisance aortique du type Corrigan sont capitaux. Le souffle diastolique, c'est-à-dire au 2e espace intercostal droit, ne varie pas avec les changements d'heure. Il donne un bruit de fuite et va en s'atténuant dans la diastole avec un ressaut présystolique. Il réalise ainsi un véritable souffle circulaire. Pour mieux entendre le souffle, il convient de faire lever le bras, voire même les jambes. Le roulement de Flint est de pathogénie discutée, et parfois même distinguée. On l'entend à l'auscultation de la poplitée. Les signes périphériques ne sont pas moins importants : la danse des artères est visible aux carotides, à la luette, aux pupilles et même aux genoux. Les mouvements des carotides impriment à la tête des ondulations ou des mouvements de balancier de gauche à droite, ou encore des mouvements de navette. La tête et la glotte sont souvent prises de hochements cadencés... La tête et les pieds oscillent à chaque battement. Aux pieds on peut observer la danse des orteils, à la tête la danse du vertex. C'est le pouls jugulo-amygdalien. Le pouls si caractéristique qu'on l'a nommé de Korrigan est ample et bondissant : on ne le voit pas battre..., son caractère essentiel est d'être pulsatile. Il présente un dicrotisme nul que l'on recherche en élevant le membre empoigné à pleines paumes. Quant à la tension artérielle, elle présente une maxima à peine augmentée, une minima très augmentée, d'où différentielle inquiétante. Le pouls capillaire est mis en évidence à l'aide d'une lampe. Le pouls fémoral est obtenu en auscultant sur la tête fémorale. On entend le double claquement de Dobbleton et Traube, et, enfin le double souffle de Durozier à la fémorale, en la pinçant légèrement avec le bord du stéthoscope rigide.

Question n° 6. — Les principales complications des oreillons sont, par ordre d'importance : la bartholinite ; la dysphagie ; l'hépatite ; la parotidite, parfois double entraînant alors la surdité ; la parotidite suppurée ; l'otite (non pas l'otite creusant en profondeur, mais l'otorrhée chronique) ; la mastoïdite ; le ramollissement du testicule qui se durcit ; la pleurésie ; les broncho-pneumonies ; l'artérite ; la splénite ; le phlegmon périnéphrétique ; l'hypospermie ; le décollement de l'oreille ; la gingivite ; le noma ; l'*impuissance unilatérale* ; la folliculite ; l'érysipèle « à point de départ de la tuméfaction » ; la cholécystite ; les sinusites (affections du sinus caverneux ou maxillaire) ; la kératite ; la cowpérite ; la littrite ; la péritonite ; l'appendicite ; les ostéites ; les myosites et aponévrites ; l'infection générale ; la cryptorchidie ; le bubon et, enfin, la sénilité par azoospermie.

B) Pathologie externe

1° **Hernie crurale étranglée.** — Le malade porteur d'une hernie crurale étranglée se présente habituellement dans une position caractéristique : plié en deux, car l'abdomen est contracturé, la cuisse fléchie sur le bassin par psoïtis. Il consulte, car il souffre, et ne peut plus toucher la pointe de ses pieds avec ses mains.

Son état de shock est intense dès les premières heures (angoisse, mouches volantes, bourdonnements, pouls misérable), et il faut l'examiner debout, tout nu, de préférence de haut. Par un examen crural bien mené, on trouve alors dans la région de l' « Aisne », une tuméfaction qui se voit, se sent, se percute, mais est cependant parfois difficile à déceler chez une femme grasse. Elle siège au-dessus de la ligne spino-ombilicale de « Malgheim », en dehors des vaisseaux honteux que l'on sent battre, elle est molle ou pâteuse, violacée, tendant au noir, chaude, rétractile à la toux, très mobile autour de son pédicule, et gargouille si on l'ausculte au stéthoscope. Le doigt se coiffant des bourses, constatera que cette tuméfaction emplit plus ou moins le scrotum, plus souvent moins que plus. De volume variable, elle peut, quand elle est grosse, entraîner au niveau du membre inférieur correspondant des troubles trophiques par compression du nerf crural. On complètera l'examen par la recherche de l'angoisse précordiale à l'extension de la cuisse (signe de Mocquot), par un toucher rectal ou vaginal à la recherche d'un Douglas douloureux et comblé, par l'étude de la valeur de la musculature, et surtout de la rigidité du ligament de Gimbernat. L'abdomen est à la fois balloné et contracturé, parfois d'une rigidité absolue, parfois ondulant de façon péristaltique : c'est

le signe de von Wahl. Il est bon de faire du sérum salé intraveineux pour surexciter le péristaltisme et étayer le diagnostic. Celui-ci se discute avec une hydrocèle (épreuve de la translucidité), une phlébite du ganglion de Cloquet, un anévrysme de la veine saphène, une orchite d'un testicule ectopique. L'examen physique du genou, de la jambe, du pied, des organes génitaux devra être minutieux pour écarter toute plaie, ainsi que tumeur blanche et chancre syphilitique.

On saura reconnaître le contenu herniaire : grenu c'est de l'intestin ou du péritoine, lisse, c'est de l'épiploon. Se méfier chez la vieille femme de la corne utérine. Ne pas se laisser troubler par l'absence de certains signes fonctionnels : si la matière est arrêtée, c'est caractéristique, mais les matières de la fèce du côlon ne seront pas prises pour des selles.

De toutes façons, seul le chirurgien aura la parole. Il faut opérer d'urgence, mais si la malade tousse c'est une contre-indication formelle. Le pronostic est bon si l'anse est vivable, mais la sphacélation est souvent précoce dans les petites formes graisseuses, et on connaît les aléa de l'anus artificiel.

2° **Furoncle de la lèvre supérieure.** — Grosseur de la peau, souvent cachée par un poil, toujours sale de par son siège juxta-buccal, le furoncle de la lèvre supérieure se présente au début comme un gros bouton entouré d un œdème plus ou moins gonflant. Voisin du crâne, et en communication directe avec lui, il est toujours grave et peut tuer par a teinte précoce du troisième ventricule ou oblitération d'un vaisseau de la tête. Tantôt son évolution est banale, rapidement il se fistulise et laisse échapper cet amas de pus noirâtre, ce ramassis de tissus tués qu'on nomme bourbillon. Souvent son évolution est plus sérieuse. L'œdème tabulaire qui l'accompagne gonflant la lèvre, rejetant le nez en haut et loin du milieu du visage, déportant l'oreille en dehors, déforme le faciès, le rend hideux, et lui donne l'aspect bien classique de « négresse à plateau ». On cherchera à percevoir le ganglion préophtalmique et surtout par un palper doux et aseptique, à sentir le cordonnet thrombosé de la veine marginale de l'œil. Le danger est là en effet la phlébite de l'artère faciale qui par son anastomose avec l'angulaire de l'œil, branche de la carotide interne, aboutit au sinus caverneux. L'atteinte des sinus est des plus capricieuses. La sinusite, en effet peut frapper le sinus jugulaire, longitudinal, frontal, ethmoïdal, carotidien, maxillaire, mastoïdien, sphénoïdal, ptérygoïdien.

Les signes d'alarme sont l'anéantissement du malade par l'ampleur des signes généraux (prostré, irascible, il pousse des cris). L'apparition des signes oculaires : l'œil est mou, saillant ou rétracté, parfois invisible au fond d'une profonde excavation, c'est l'exophtalmie pulsatile. Il peut s'y joindre une ophtalmoplégie, c'est l' « œil stop » des auteurs américains. Un degré de plus et c'est le phlegmon de l'orbite uni-ou bilatéral, pouvant obliger à la double énucléation d'un pronostic : cécité.

Nous ne signalerons que pour mémoire les paralysies faciales, auditions, l'abcès du creux ischiorectal, complication passant là, il est vrai, au second plan. Devant ce tableau, il faut se précipiter sur les urines pour y chercher le glycogène, élément cataclysmique de pronostic. Surtout, on interdira au malade de parler, de rire, de s'alimenter, on évitera tout taxis intempestueux, on procèdera à une désinfection totale et rapide par radium, rayons ultra-violets ou diathermie, mais l'incision cruciale des Américains, avec cautérisations périphériques larges, est préférable. On peut en attendre beaucoup si on la combine au régime sulfamidé, et à la ligature de la veine ophtalmique. Parmi les formes cliniques, signalons le furoncle blanc.

L'Anatomie vue par les candidats à l'Externat 42

Pour ne pas abuser de la patience du lecteur, nous ne citerons que les vues émises par certains candidats sur la cavité cotyloïde. Elles sont suffisamment suggestives.

Cavité cotyloïde. — La cavité cotyloïde est formée par le cotyle.

Elle est située à l'union des trois os iliaques et visibles seulement sur leur face interne. Elle en occupe le troisième quart.

Mais il est des cavités cotyloïdes qui sont situées sur la face externe de l'S iliaque, voire même sur la face interne de l'os hyoïde.

La cavité cotyloïde ne correspond pas exactement avec la tête du fémur et il est à peine besoin de rappeler qu'on la voit souvent s'articuler avec la tête humérale.

Elle constitue une cavité de forme demi-hémisphérique, à tendance ovalaire, à grand axe oblique en bas et en dedans, cavité de dimensions très variables et qui mesure suivant les auteurs, un centimètre de diamètre, 120 millimètres de rayon, cinq centimètres cubes, sur quatre centimètres cubes de haut.

Dans son ensemble, cette cavité offre ceci de remarquable qu'elle est fortement convexe de haut en bas.

Son orientation regarde en dedans et en arrière.

La cavité cotyloïde présente à étudier différentes parties.

Les premiers anatomistes lui décrivaient seulement un bourrelet et un arrière-fond. Pour eux, le bourrelet est perpendiculaire au fond. L'arrière-fond, occupé par une grosse tubérosité martelée, loge la tête du fémur, d'où la fréquence des luxations intra-cotyloïdiennes.

Pour les auteurs modernes, la cavité cotyloïde est singulièrement plus complexe que ne tendrait à le faire croire cette grossière description, et on peut lui reconnaître :

— un sourcil ou bourrelet ;
— un bourrelet ou croissant ,
— et un arrière-fond.

a) *Le sourcil* est triangulaire à la coupe ; il présente trois faces, une face articulaire et une face concentrique. Il est limité par un sillon « en creux » et percé de trois trous. En périphérie de la cavité se trouve le tubercule de Levallois.

Le pourtour de la cavité cotyloïde est en forme d'anneau de clef qui décrit un arc d'hélice, la branche inférieure étant postérieure et constituant la lèvre postérieure de la gouttière sus-pubienne dont la lèvre antérieure est la branche supérieure déjetée en avant de l'anneau de clef.

b) Le *croissant* est une surface en forme de croissant.

La concavité de ce croissant est dirigée vers le haut.

Le croissant est martelé et enduit de cartilage ; limité par un bord inscrit et un bord circonscrit ; terminée par deux cornes sur lesquelles on voit les insertions charnues du ligament rond. La corne antérieure s'épuise, la corne postérieure est installée en haut d'un véritable mur, l'une et l'autre sont pointures au niveau de l'os de l'arrière fond.

Le croissant est supporté par le bourrelet. Le bourrelet qui ne prend pas insertion sur l'os est entaillé par quatre échancrures, vestiges du ligament en y, et qui ne se trouvent pas en face des échancrures externes. L'échancrure inférieure est une discontinuité. Elle est comblée par le ligament de l'acétabulaire, appelé encore ligament transverse acétadibulum.

Le cartilage cotyloïdien passe en pont au-dessus d'elle en formant l'acétabulum. Il augmente la concavité de la cavité.

Pour terminer cette description du croissant, ajoutons que certains ont voul décrire *deux croissants* dans la cavité, un croissant antérieur non surélevé, un croissant postérieur saillant. (1).

c) *L'arrière-fond* est situé dans le trou médian du croissant.

Véritable segment trapézique, il a la forme d'un trèfle.

Le fond en est limité par le pourtour.

Sa surface tomenteuse est martelée de trous vasculaires, et rempli d'un morceau de chair rougeâtre.

A ce niveau, l'os est parfois dépoli, plus souvent encroûté de cartilage, parfois même recouvert d'un trousseau fibro-cartilagineux appelé classiquement « le coussin ».

A proprement parler, l'arrière-fond n'est pas osseux ; il est percé d'un trou par lequel on peut explorer du doigt le cotyle par le toucher rectal, d'où l'intérêt évident de ce toucher dans la coxalgie.

L'arrière-fond loge un épais manchon graisseux, véritable pannicule adipeux.

Le puissant ligament rond s'y pelotonne sous sa tente et dans le fond de cet arrière-fond vient se réfléchir la partie moyenne du tendon rotulien.

On voit qu'au total, la cavité cotyloïde peut être considérée comme une surface articulaire *déprimée*. C'est pourtant une articulation *solide* : suivant la forte expression d'un auteur, c'est l'*arbre de couche de l'hélice iliaque*.

Les origines de l'anthropométrie

Vers 1875, un jeune homme fantaisiste, indiscipliné, faisait son service militaire à Clermont-Ferrand.

Originaire d'une famille où la science était cultivée avec amour, fils d'un médecin érudit, il avait hérité de ce père un esprit ouvert à toutes les curiosités. Par atavisme sans doute, il se fit inscrire à l'Ecole de médecine de la ville et commença à mesurer crânes et ossements, à établir des statistiques des diverses dimensions du squelette.

Mais la maladie interrompit ses études et le jeune homme, qui s'appelait Alphonse Bertillon, fut bien aise de trouver, grâce à son père, un emploi dans l'administration de la Préfecture de police.

Le travail qu'on lui confia consistait à recopier des fiches de signalement de criminels, travail fastidieux et surtout inutile par le désordre et l imprécision qui présidaient au classement de ces fiches. Habitué à plus de méthode par les classements botaniques qu'il avait vu faire par son père, Alphonse Bertillon voulut essayer un autre système.

Il eut recours d'abord à la photographie ; mais les photographies prises sous des angles fantaisistes étaient plus ou moins bonnes, impossibles à classer. Bertillon eut alors l'idée de recourir. pour le classement des criminels, aux mensurations osseuses qu'il avait commencées à Clermont.

Le système anthropométrique était né ; mais il fallait vaincre la routine administrative. Le Préfet de police Andrieux, à qui Bertillon soumit son premier rapport en octobre 1879, le traita de fou, le menaçant de le mettre à la porte s'il persistait dans ses extravagances.

Me Demange fut assez heureux pour convaincre le successeur d'Andrieux de l'ingéniosité de la nouvelle méthode et, le 13 décembre 1882, Alphonse Bertillon pouvait appliquer son système aux individus du dépôt.

Cette méthode, on sait ce qu'elle est devenue. Bertillon la compléta par la photographie de face et de profil, par l'analyse et le classement de l'iris humain, par le portrait parlé et l'utilisation des empreintes digitales. La police scientifique est toute entière faite du *bertillonage* ; aussi l'œuvre d'Alphonse Bertillon méritait bien le livre pieux et singulièrement attachant que vient de lui consacrer Mlle Suzanne Bertillon (Gallimard, éditeur).

Le Docteur Robert Cornilleau

Robert Cornilleau est mort, il y a quelques semaines, des suites du typhus contracté au chevet de ses malades.

(1) Cette opinion n'a pas prévalu. (N. D. L. R.).

Th. Briant, dans *Le Goëland* (mars 1912), lui consacre une page émue dont voici des extraits :

« Je l'avais vu pour la dernière fois, écrit Th. Briant, quelque temps avant l'exode, au printemps 1940. Le jardin du « Prieuré », aux arecaux fleuris sous la première étoile, était tout embaumé par la brise de mai. Au-dessus de nous, dans la paix du soir, le vieux clocher de Saint-Ideuc dressait son bonnet d'évêque.

J'entends encore la voix de tribun de Robert Cornilleau, son rire dans le silence. Je revois le regard perçant du clinicien derrière les lorgnons, ses mains que je trouvais trop pâles dans la clarté crépusculaire.

Il me parla de Balzac, son grand homme avec Barbey d'Aurevilly. Car le cher docteur, qui menait de front la politique et la médecine, avait une troisième corde à son arc : la littérature. »

Robert Cornilleau était un écrivain de talent. Les médecins connaissent sa thèse : *Barbey d'Aurevilly et la Médecine* qui constitue plus qu'une thèse, mais un livre définitif sur celui qu'on a appelé le Connétable des Lettres, ses études médicales sur Balzac, Puthod, Chateaubriand, etc., dont quelques-unes parurent ici-même.

Cornilleau était aussi un conférencier remarquable ; il faisait, dit Th. Briant, des conférences littéraires, solides et truculentes, ou bien écrivait — avec cette facilité d'improvisation qui talonnait son activité — des romans, des essais, des livres de souvenirs.

« ....Il avait publié quelques romans sous la signature de Jean Courtarvel. Le dernier en date, *Le Vicaire de Gennevilliers*, relate l'histoire apostolique d'un jeune prêtre aux prises avec les multitudes de la « banlieue rouge ». Tableau populaire, parfois un peu lâché, mais dont l'épilogue n'est pas sans grandeur.

Il aimait le peuple, les ouvriers comme les paysans, d'un amour vraiment évangélique. Parfois je l'accompagnais dans les chemins creux ou sur les routes du bord de mer. Cet enfant de Sillé-le-Guillaume adorait notre campagne malouine. Il était ouvert à tout, et ce démocrate comprenait l'âme de la chouannerie. C'est à lui que je dois l'édition de mes « Amazones ». Tout en allant voir ses fermiers malades, il revivait, page par page, *Le Médecin de campagne* de Balzac.

Il est parti brusquement, au moment de la défaite, laissant derrière lui sa jolie maison de capitaine baleinier, ses meubles, ses arbres, ses souvenirs...

On a perdu sa trace pendant des mois. Longtemps après on a su qu'il habitait Marseille. Puis, tout récemment, son ami le Docteur Coudray m'apprenait qu'il était installé près d'Alger comme médecin colonisateur. C'est là qu'il est mort, pour avoir contracté le typhus auprès de ses malades. Pour son dévouement et son héroïsme, il a été cité à l'Ordre de la Nation.

Cette fin n'étonne pas d'un homme tel que lui. Il y avait chez Robert Cornilleau l'étoffe d'un type et même d'un prototype, et il est peut-être dommage qu'il se soit enlisé dans les tourbières de la politique. Animateur, âme frémissante et hardie, il laisse en moi le souvenir d'un ami qui partagea de tout son cœur nos luttes et nos espoirs, et qui m'ouvrit parfois sur les hommes et les choses des horizons inconnus. »

Le lapin au service de la science

D'un livre charmant et plein d'enseignements que le Professeur Léon Binet vient de publier sous ce titre : CENT PAS AUTOUR DE MA MAISON. BIOLOGIE DE CAMPAGNE (Mercure de France), *nous détachons quelques pages intéressantes pour l'histoire de la médecine :*

« Quand au début de mes études médicales, j'entrai dans le service du Doyen Roger, alors professeur à la Charité, je leur ai dû une part de ma bienheureuse chance. Devant un malade qui présentait des troubles vaso-moteurs, le Maître nous interrogea sur le jeu mécanique des vaisseaux. Je rappelai les expériences de Claude Bernard et de Brown-Séquard sur les lapins : on sait que ces deux savants, étudiants les vaisseaux de l'oreille, l'un après section, l'autre après excitation du système nerveux sympathique cervical, découvrirent l'existence de nerfs propres aux vaisseaux et montrèrent l'importance des circulations régionales, locales.

Ma réponse plut, le Doyen Roger s'intéressa au stagiaire que j'étais. J'entrai dans son laboratoire et je ne devais plus le quitter.

C'est là que j'ai assisté à de nombreuses expériences sur le lapin. N'est-ce pas l'animal le plus utile aux biologistes et aux médecins qui veulent analyser une fonction importante ou approfondir la genèse et le traitement d'une maladie ? Son cœur est souvent utilisé pour l'essai de divers médicaments cardiotoniques. Sa tension artérielle est inscrite à chaque instant pour l'exploration sur les vaisseaux de tel ou tel produit. La croissance du petit lapin a été suivie dans les moindres détails de son évolution et on a décrit le jeu, non seulement des facteurs internes ou endocriniens tels que la glande thyroïde, mais surtout des facteurs externes comme la température et la lumière.

Si nous nous proposons d'étudier le mécanisme de l'appendicite, nous utiliserons bien entendu le lapin, puisque, parmi les animaux de laboratoire, il est pratiquement le seul qui possède un appendice ; cet organe, chez lui, est très développé (il mesure 11 centimètres de long) et il communique à plein canal avec le cæcum. Il sécrète un liquide clair, visqueux, nettement alcalin, abondant, destiné surtout à en laver la cavité.

L'appendice du lapin est très sensible aux variations de régime alimentaire : il diminue considérablement de poids au cours du jeûne, réagit aux diverses infections locales, aux troubles circulatoires, et aux infections générales.

On nous permettra de rappeler à ce sujet une bien curieuse expérience du Professeur Roger ; dans le laboratoire que j'ai l'honneur d'occuper aujourd'hui, mon Maître a réalisé l'appendicite la plus nette à la suite d'une infection sanguine.

En injectant dans les veines du lapin les microbes les plus divers ou différents champignons, il a observé souvent des lésions appendiculaires ; sur cinquante-sept lapins inoculés par la veine avec des cultures virulentes d'*Oïdium albicans* (le champignon du muguet), on a trouvé dix-sept fois des granulations dans la paroi de l'appendice, les autres parties de l'intestin n'étaient atteintes que dans trois cas.

Cette étude a même été poussée plus loin : en opérant sur le lapin porteur de fistule appendiculaire, c'est-à-dire ayant la cavité de l'appendice en communication directe avec l'extérieur, on a noté que l'infection de staphylocoque doré dans les veines de l'oreille déterminait l'apparition du microbe dans le suc recueilli par la fistule ; le phénomène dure une ou deux semaines. Par conséquent, une infection générale peut déterminer une localisation appendiculaire ; possédant cette notion, nous ne sommes plus surpris de voir une grippe, une angine se compliquer d'une appendicite qui appelle un traitement chirurgical d'urgence.

Mais le lapin me rappelle encore une expérience que j'ai eu l'occasion de réaliser sur l'empoisonnement fongique. Je m'intéressais à l'intoxication par les amanites phalloïdes ; j'avais fait macérer dans de l'eau salée physiologique quelques spécimens de ces champignons desséchés et j'avais pratiqué ensuite des injections sous-cutanées de ce liquide à des lapins. Ils mouraient vingt-deux à trente-six heures après l'injection, présentant d'abord une phase d'affaissement et de prostation, ensuite une série de convulsions ; c'est alors que nous avons constaté chez eux une forte baisse du glucose dans le sang. Cette hypoglycémie nous a amenés à une thérapeutique sucrée que nous avons expérimentée avec notre ami J. Marek. Comme on va pouvoir en juger, les résultats furent très satisfaisants.

Sur l'animal mourant, intoxiqué par l'extrait d'amanite phalloïde, nous pratiquons une injection intraveineuse de sérum glucosé. C'est alors une véritable résurrection. Dans le traitement de l'intoxication par champignons, nous sommes convaincus de l'efficacité du traitement glucosé qu'on peut appliquer de la manière suivante : des injections intraveineuses de sérum hypertonique de glucose, l'administration de sérum glucosé isotonique par la voie rectale et du sirop de sucre ou de l'eau miellée par la bouche.

En France, en Italie, et en Allemagne, une telle thérapeutique a été appliquée à l'homme avec succès ; c'est en pensant à ces guérisons que je jette un regard de reconnaissance vers nos lapins qui continuent à grignoter paisiblement la verdure sans se soucier de notre présence ».

LES LIVRES

L'humanisme et la médecine au XVIe siècle, par le Docteur G. BARRAUD. Un vol. in-8°, 132 p., 14 illustr. Vigot, édit., Paris.

Comme l'écrit le Professeur Sergent dans sa Préface, le Docteur Barraud est, au XXe siècle, un exemple qui vient s'ajouter à ceux dont il nous fait admirer la valeur au XVIe siècle. Il est un humaniste et un médecin. Et son livre témoigne des qualités que comporte pareille union.

Scènes de la Vie médicale, par Pierre DELBET, Un vol. in-12, 198 p. Editions Denoël, Paris.

Trois pièces à thèse composent ce volume qui sera suivi de deux autres. L'auteur annonce aussi la publication prochaine d'un volume de *Souvenirs et réflexions*.

Santé humaine, par le Docteur René BIOT. Un vol. in-12, 240 p. Prix : 24 francs. Plon, édit., Paris.

L'auteur situe avec précision les devoirs que chacun de nous a, par rapport à sa santé, tant au point de vue personnel que social. D'utiles suggestions pour créer un « humanisme nouveau ».

Manuel du Philatéliste, par le Docteur Edmond LOCARD. Un vol. in-8°, 60 francs. Librairie Payot, Paris.

Les collectionneurs trouveront dans ce volume des conseils et des documents utiles. A le lire, les non-collectionneurs prendront peut-être le goût de la collection et, en tout cas, apprendront à connaître l'état d'esprit de ceux qu'ils ont quelquefois tendance à considérer comme des monomanes.

Tamerlan, par Albert CHAMPDOR. Un vol. (*Bibliothèque historique*), in-8°, 250 p., 36 francs. Librairie Payot, Paris.

Histoire d'un des conquérants les plus fameux du monde, où l'on apprendra à connaître une époque particulièrement tourmentée de l'histoire de l'humanité.

Vie de Mallarmé, par H. MONDOR. Tome II. Gallimard, éd., Paris.

Dans ce second volume de riche documentation, le Professeur Mondor nous donne la joie de vivre avec les poètes et les artistes qui, autour de Mallarmé et de l'étendard mallarméen, ont contribué, en réaction contre Zola, Flaubert et les Parnassiens impassibles, à créer notre esthétique et les disciplines de notre sensibilité.

Henri VIGNES.

Autorisation 89. — *Le Gérant*: Dr GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi d'un nouvel analgésique au cours de l'accouchement

Par **Pierre LANTUÉJOUL**

La littérature médicale allemande préconise l'emploi, comme antispasmodique et analgésique, d'un nouveau produit de synthèse : le chlorhydrate de l'ethylether de l'acide I-méthyl-4-phényl-pipéridine-4-carbonique (nous le désignerons, au cours de cet article, par les initiales A. N.). Son activité serait particulièrement satisfaisante au cours de l'accouchement. Nous rapportons ici les résultats de nos cent premières observations.

Une injection intramusculaire de 2 c. c., soit 10 centigrammes, a été faite à toutes les femmes, sans distinction, au moment, d'ailleurs variable, où les douleurs deviennent très pénibles. L'action du médicament se produit au bout d'une dizaine de minutes, quelquefois plus tôt : sensation d'engourdissement, avec parfois léger vertige, pas de perte de conscience. La durée de cette action peut être d'environ deux heures, quelquefois davantage. Une seconde injection, et même une troisième, peuvent être pratiquées.

Action sur la douleur : presque toujours très nette, si l'on a vraiment attendu l'apparition des grandes douleurs pour faire l'injection. Parfois l'action est admirable, la femme ne souffrant presque plus au cours des plus fortes contractions. Parfois elle est beaucoup moins marquée et même nulle. L'analgésie nous a paru, en général moins accentuée que celle produite par la morphine, mais plus régulière et plus marquée que celle obtenue par les mélanges opium et belladone habituellement employés. Dans les observations, on lit le plus souvent : la femme repose — elle somnole quinze minutes après la piqûre — les contractions sont à peine ressenties. Obs. 1631 : la femme crie, gesticule — 2 c. c. N. A. — la femme dit avoir l'impression d'être endormie — elle accouchera sans réactions extérieures. A l'inverse, obs. 1689 : après l'injection, la femme continue à crier, accouche vite et bien, mais sans accuser le moindre soulagement. Une autre obs. note : rien n'a empêché la femme de « hurler ». Nous avons classé nos observations selon le degré de l'action analgésique : résultats parfaits 28 — bons 38 — assez bons 20 — médiocres 10 — nuls 4.

Action sur la contraction : le plus souvent nulle, quand la contraction est sensiblement normale. Rarement, la contraction paraît très diminuée dans sa fréquence et son intensité : exemple l'observation 46, la femme, qui était très agitée, dort après l'injection pendant deux heures et demie, de petite à grande paume, avec des contractions presque supprimées. A titre tout à fait exceptionnel, les contractions ont paru augmenter (obs. 70). On sait que ce dernier fait est fréquemment observé après injection de belladone-opium. La morphine par contre semble souvent ralentir ou arrêter les contractions. Par ailleurs, l'injection d' A. N. a nettement espacé et régularisé des contractions subintrantes (obs. 83).

Action sur la dilatation. On note, dans de nombreuses observations, ce que l'on observe si souvent quand on administre un calmant quelconque à une femme ayant de violentes douleurs : l'assouplissement du col et la rapidité de la dilatation. Cette rapidité a paru surprenante dans certains cas : 1 h. 10 de 2 frcs à complète (obs. 98), primipare très calmée par l'injection — 3 h. 10 de 2 frcs à complète (obs. 19), et accouchement presque sans douleurs chez une primipare — 3 h. 20 de 1 frc à complète (obs. 1.700) chez une primipare qui a été du reste peu soulagée par l'injection — 1 h. 30 entre 2 frcs et tête à la vulve (obs. 32) chez une primipare avec douleurs très diminuées. De même (obs. 70) action très nette de l'A. N. sur un œdème de la lèvre antérieure du col.

Il est bien difficile d'établir une comparaison — à propos de l'action sur le col — entre les divers produits habituellement employés. Il nous semble pouvoir dire : meilleur effet qu'avec la morphine — résultat très comparable à celui des mélanges opium-belladone. Deux observations seront ultérieurement rapportées où l'A. N. et l'opium-belladone ont été tour à tour employées, avec d'ailleurs le même résultat.

Action sur la période d'expulsion. Nous avons évité, en général, l'injection d'A. N. au cours de cette période, craignant sur le fœtus une action comparable à celle de la morphine injectée trop proche de l'accouchement. Dans deux cas cependant, l'A. N. a été injectée moins d'une demi-heure avant l'expulsion du fœtus : la femme a poussé normalement. Dans un cas, disparition presque complète et très rapide de la douleur avec persistance des contractions et accouchement

FEUILLETON

IL Y A CENT ANS

Autour d'une autopsie princière

Le 13 juillet 1842, Paris apprit avec stupeur que l'héritier présomptif du trône, Ferdinand Philippe, duc d'Orléans, fils aîné du roi Louis-Philippe, venait de trouver la mort dans un accident de voiture. Le prince devait partir le soir même pour Saint-Omer, où l'on avait formé un camp. Voulant faire ses adieux à sa famille, qui habitait alors le château de Neuilly, il avait quitté les Tuileries dans une calèche à deux chevaux, à onze heures du matin. Comme la voiture parvenait à la porte Maillot, le duc crut s'apercevoir que le postillon avait de la peine à retenir ses chevaux qui étaient très fougueux. Il se leva et, se penchant hors de la voiture, dit à ce serviteur : « Vos chevaux s'emportent ». A ce moment, il tomba sur le pavé. Les passants s'empressèrent et le transportèrent dans la boutique d'un épicier proche, tandis que la voiture s'arrêtait une trentaine de mètres plus loin. La famille royale, aussitôt prévenue, accourut et l'on s'efforça de prodiguer au blessé, qui avait perdu connaissance, les soins nécessaires. Ce fut en vain. Tout au plus, pendant de courts instants, le prince parut-il reprendre ses sens ; il prononça confusément quelques mots allemands, mais retomba dans le coma. Quelques heures plus tard, il expirait et son corps fut transporté dans la chapelle du château de Neuilly.

L'autopsie fut pratiquée par Pasquier fils, premier chirurgien du duc d'Orléans, qu'assistaient : Fouquier, président de l'Académie de médecine, Auvity, médecin des enfants de la famille d'Orléans, Pasquier père, premier chirurgien du roi, Moreau, médecin consultant du roi, Blandin, chirurgien consultant Blache, médecin du comte de Paris, Destouches, Sauvé et Séguin, en présence du lieutenant-général baron Atbalin, aide de camp délégué par le roi. Après l'autopsie, on embauma le corps qui fut ensuite exposé dans la chapelle du château de Neuilly jusqu'au jour des obsèques (30 juillet). Il fut ultérieurement transporté à Dreux.

Or cette autopsie, dont les résultats ne furent publiés que par la seule *Gazette des Hôpitaux*, montra des lésions tellement considérables et complexes que l'on discuta (et l'on pourrait discuter encore) sur le mécanisme de leur production. Qu'on en juge par cet extrait :

« Traces de contusion sur la joue droite, sur le sourcil du même côté, et sur le côté droit du front. Tumeur sanguine à large base sur la partie postérieure et droite du crâne. Traces de contusion à la partie antérieure des genoux, à la main gauche, à la région trochantérienne gauche.

« Infiltration sanguine des parties molles qui recouvrent les régions supérieure, postérieure et latérale du crâne. Cette infiltration est plus prononcée à droite et en arrière que partout ailleurs. Désinsertion de la suture lambdoïde , de la suture écailleuse et mastoïdienne gauche, de la suture sphénoïdale et des deux sutures sphéno-pétrées.

« Fractures nombreuses qui peuvent être divisées en trois séries :

« 1° Côté droit du crâne. Une de ces fractures part du côté droit de la suture lambdoïde, passe un peu au-dessus de l'angle postérieur et inférieur du pariétal, sur la partie écailleuse du temporal, s'étend dans la fosse temporale et vient se terminer sur la grande aile du sphénoïde.

en quelques minutes. Quand, ce qui a été fréquent, l'injection a été faite peu de temps avant le début de la période d'expulsion, celle-ci a été normale.

Action sur la délivrance : nulle. Seul incident de nos 100 cas : injection faite cinq heures avant l'accouchement, petite hémorragie sans gravité (obs. 48).

Action sur le fœtus : 5 enfants nés soit étonnés soit légèrement cyanosés et revenant rapidement à la normale, injection faite de 1 heure à 6 heures avant l'accouchement. Un de ces enfants (obs. 1.642) est né après épreuve du travail pour bassin rétréci, deux injections avaient été faites 12 heures et 1 heure et demie avant l'accouchement. Par contre, enfants nés 40, 15, 10 minutes après injection, sans incident.

Application de forceps : 6 dans les 100 observations, indications habituelles : modification des bruits du cœur, longueur du travail — six enfants vivants.

Effets secondaires : nuls, en particulier pas de vomissements.

Injections multiples d'A. N. : 24 fois deux injections ont été faites, la seconde de 2 à 12 heures après la première, en général de 3 à 5 heures après. La seconde injection a été faite le plus souvent parce que la femme s'agitait à nouveau après avoir été calmée par la première. En général l'effet de la seconde injection est le même que celui de la première. Cependant l'obs. 1647 montre une première injection avec bon résultat et une seconde, faite 4 heures plus tard, à grande paume, sans effet appréciable. Inversement (obs. 1725) la seconde injection peut être plus analgésiante que la première. En règle cependant il a paru inutile de recommencer quand le résultat de la première injection n'est pas pas suffisant. Quand, au contraire, la première a bien calmé la femme, une seconde injection permettra de prolonger la période d'analgésie. Obs. 1718 : primipare, femme particulièrement indocile, se tait presque immédiatement après la première injection, à 1 frc, en subit une autre, 2 h. 15 après, à petite paume, et fait un travail très rapide, 3 heures de 1 frc à complète, avec expulsion facile. Dans un cas, trois injections ont été faites: à 5 heures d'intervalle, avec un bon résultat au point de vue analgésie.

Association A. N. et opium belladone. Dans deux cas, après injection d'A. N., une ou deux injections d'opium-belladone ont été pratiquées, pour œdème du col. Dans un cas, une application de forceps a du être faite, et dans l'autre cas, l'expulsion a dû être aidée par une injection d'hypophyse. L'action des divers produits a paru très comparable.

Conclusions. A notre avis, le nouvel analgésique est tout à fait inoffensif pour la mère et l'enfant, au moins aux doses indiquées. Il ne ralentit pas le travail, sauf cas exceptionnels, bien difficiles à juger. Il est probable qu'il le précipite souvent, grâce en particulier à son action sur le col. Dans au moins un quart des cas, il procure une atténuation très importante des douleurs. Dans presque tous les autres cas, il peut constituer un bon analgésique de base, dont l'action pourrait être complétée par un anesthésique en inhalation (1). Il faut l'étudier, voir s'il est possible de l'employer très tôt au cours du travail, avant la période des douleurs importantes, et fixer la place qu'il doit occuper aux côtés de la morphine et des complexes opium-belladone qui sont déjà si largement et si justement employés.

Les troubles visuo-gnosiques, visuo-praxiques et visuo-psychiques dans les lésions occipitales

Par J.-A. CHAVANY

Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours

Le lobe occipital est le centre des opérations visuelles dont la diversité est beaucoup plus grande qu'il ne le semble tout d'abord. La vue n'apparaît-elle pas comme synthétique au premier chef, contrairement à d'autres sens qui opèrent manifestement par touches analytiques ! D'un seul coup d'œil, c'est le cas de le dire, le clairvoyant « appréhende », le monde extérieur dans ses détails et ses ensembles et *ex abrupto* comprend ce qu'il voit et l'assimile dans les éléments de son intellectualité. Aussi, en face de la spontanéité apparente du phénomène, est-on loin de se douter de la complexité et de l'enchevêtrement des rouages mis en jeu par l'acte visuel.

Un objet doit d'abord être *perçu*, puis il doit être *reconnu* et *identifié* ; il doit ensuite être *classé*, *enregistré* pour pouvoir, le cas échéant, être *évoqué*. Entre le stade sensoriel pur où l'objet n'est encore que sensation et son intégration complète dans le psychisme où il déclanche idées et sentiments s'insère

(1) Voir LANTUÉJOUL et BOURREAU : Essais d'analgésie au cyclopropane en accouchement. *Gynécologie et obstétrique*, 1941, tome 41, page 450.

« 2° Côté gauche du crâne. Une autre fracture partant du côté gauche de la suture lambdoïde divise le pariétal d'arrière en avant dans la moitié de son étendue, sépare d'arrière en avant la portion écailleuse du temporal du reste de cet os. (La suture écailleuse étant désunie, cette partie du temporal ne tient qu'aux parties molles).

« 3° Une troisième fracture divise transversalement le sphénoïde au niveau de la selle turcique.

« L'ensemble des fractures et des déchirures articulaires établit une division du crâne en deux parties : une partie antérieure et supérieure qui comprend, d'arrière en avant, la partie la plus élevée des pariétaux, la partie écailleuse des temporaux, le coronal, l'ethmoïde et la presque totalité du sphénoïde ; une partie postérieure et inférieure qui comprend l'occipital, la partie inférieure des temporaux et des pariétaux et la partie la plus postérieure du sphénoïde. Cette division permet d'imprimer aux deux parties du crâne que nous venons d'indiquer des mouvements de déduction l'une sur l'autre..... »

Les premiers commentaires sur ces lésions si importantes furent publiés par la *Gazette des Hôpitaux* (19 juillet 1842) qui fit remarquer que, en dehors des écrasements produits par une force extérieure (boulet, passage d'une voiture largement chargée, etc.), on ne voit d'ordinaire des lésions semblables qu'à la suite d'une chute faite d'un lieu élevé la tête la première. Or, dit le rédacteur anonyme, la voiture du prince était très basse et il a fallu qu'une très énergique impulsion luiait été imprimée, car le poids seul du corps tombant de cette hauteur ne peut donner la raison d'un si complet écrasement. Il faut même que les deux forces aient été dirigées de manière à faire supporter à la tête la presque totalité du choc ou bien il faudrait supposer une fragilité extrême des os comme celle qui a été offerte par le crâne du malheureux Bonnati (1).

Bientôt d'autres opinions devaient se donner cours devant les résultats de cette autopsie. La première fut écrite à la *Gazette*, par Félix Legros, ancien chef de clinique de Dupuytren et chargé, en cette qualité, des autopsies chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. Son auteur trouve les désordres constatés tout à fait disproportionnés avec les circonstances de l'accident tel que l'ont rapporté les journaux. « Il y a là, dit-il, sans doute, une rectification à faire ; elle est logiquement indiquée par l'autopsie qui a démontré : contusion à la joue droite, au sourcil et au front du même côté ; large tumeur sanguine à la partie postérieure et droite du crâne ; fracture des principaux os de cette région, en avant de la suture lambdoïde, etc. ». Et il conclut : « Je ne sais si je me trompe, mais il me semble voir là : 1° chute sur la face ; 2° passage d'un corps lourd et contondant sur la partie postérieure de la tête... puis encore une horrible fatalité ».

Autre son de cloche donné par Tanchou (Stanislas), ancien sous-aide à l'armée d'Italie, puis praticien des plus appréciés, qui a beaucoup écrit sur les maladies des organes urinaires et la gynécologie. Dans une lettre, adressée aussi à la *Gazette*, il déclare qu'en lisant les détails de l'autopsie du duc d'Orléans, il s'est tout de suite figuré qu'il était tombé sur les pieds. Il est impossible, pour lui, d'expliquer autrement toutes ces fractures. « Le prince aura sauté hors de la voiture, dit-il, comme il avait l'habitude et probablement à pieds joints, à cause de la portière qu'il avait à franchir, de son uniforme et de son pantalon forte-

(1) François BONNATI, médecin italien, né à Mantoue en 1798, renversé par un cheval et mortellement blessé le 10 mars 1831, à Paris.

un stade intermédiaire où la reconnaissance s'élabore par le truchement de *mécanismes psycho-sensoriels spécialisés*, si bien qu'à côté de la *fonction visuelle* proprement dite, le lobe occipital possède une *fonction visuo-gnosique*. En plus des faits qui se rapportent directement à la vision et qui sont électivement régis par elle, cette visuo-gnosie influence des fonctions apparemment distinctes telles que l'*orientation*, la *direction*, la *représentation du schéma corporel* et aussi certaines activités motrices complexes. Toutefois, en pareil cas, l'action visuo-gnosique n'est pas élective, les fonctions précitées pouvant être perturbées par des lésions situées hors de la sphère occipitale. Disons enfin que nous attribuons aux lobes occipitaux une *fonction visuo-psychique* pure portant sur un des attributs les plus précieux de l'intelligence à savoir la *mémoire* qui peut-être gravement atteinte au cours de lésions occipitales bilatérales.

Cet aspect « paravisuel » du problème occipital mérite de retenir l'attention beaucoup plus qu'il ne l'a fait jusqu'ici en France et M. Lhermitte vient à juste titre d'en souligner toute l'importance dans une série de travaux récents. Certes, un tel aspect paravisuel est beaucoup plus flou que le visuel. On n'a plus ici le même parallélisme rigoureux entre les symptômes et les lésions. A lésions identiques manifestations morbides souvent différentes comme s'il existait des *variations individuelles*.

La bilatéralité des lésions occipitales observée dans les cas les plus riches vient encore compliquer le problème pathogénique. Ces quelques réserves indispensables n'entament pas le palpitant intérêt de cette étude que nous voulons surtout clinique et au cours de laquelle, insistant sur la symptomatologie purement occipitale, nous discuterons l'appoint ou plutôt le déficit occipital dans un assemblage symptomatique dont la base anatomique peut être extra-occipitale.

Les troubles visuo-gnosiques

Les *agnosies visuelles* sont des perturbations de la reconnaissance qui ne trouvent pas leur explication dans un déficit sensoriel inexistant ou limité. Cet échec de la reconnaissance et de l'identification visuelles contrastant avec la conservation de la perception n'est pas le fait d'un trouble psychique global, mias traduit seulement — et c'est le trait qui individualise les agnosies — un trouble d'un certain nombre de *mécanismes psycho-sensoriels spécialisés*. Au bas de l'échelle, c'est la synthèse défectueuse des composantes normales de la vision, grâce auxquelles nous prenons grossièrement notion de l'ambiance. Au-dessus, c'est la perte des rapports par lesquels, les différents éléments d'un objet étant connus, nous nous en forgeons l'idée. C'est encore la perte de l'estimation de l'étendue et des liens associatifs reliant dans l'espace contenant et contenu. Au-dessus, c'est la perte de l'évocation des images-souvenirs et des représentations intellectuelles (idées) et affectives (sentiments) que suscite la vue. A ce degré supérieur la fonction visuelle s'intègre étroitement au psychisme.

Les processus morbides se chargent de disséquer devant nous la fonction visuo-psychique parfois grossièrement à la vérité, mais le plus souvent avec assez de finesse pour que le progrès physiologique y ait trouvé son compte. Les cas cliniques vont nous montrer, par voie de conséquence, la *diversité des agnosies visuelles* et la richesse plus ou moins grande de leurs groupements associatifs variables suivant les lésions et mystérieusement aussi *suivant les individus*. Disons aussi qu'il ne s'agit pas de phénomènes constants dans la clinique des affections occipitales et que nombre d'entre eux affectent un caractère épisodique et disparaissent sans laisser de traces. Signalons enfin que de telles manifestations n'ont de valeur que par la coexistence d'une symptomatologie négative qui leur confère leur véritable signification d'où la nécessité d'un épluchage sérieux du contexte et d'une évaluation très rigoureuse du *fonds mental des sujets*.

On a longtemps intégré les agnosies visuelles dans le syndrome aphasique ; elles font *classiquement* partie comme le dit Hughlings Jackson de la pathologie « des aspects perceptifs du langage ». Nous ne partageons pas cette manière de voir, nous croyons à l'autonomie complète des agnosies et, qui plus est, nous estimons que certaines aphasies dissociées, telle dans la sphère visuelle l'*alexie pure*, sont des agnosies.

Les agnosies pour les choses

C'est la *qualité* et davantage encore l'*intensité* des troubles qui conditionne les aspects variés des agnosies pour les choses. Ce sont les *perturbations mineures* qui sont les plus fréquentes.

Le symptôme le plus commun est l'*alexie*, c'est-à-dire l'impossibilité de la lecture. Sa sémiologie est trop connue pour que nous y insistions. Au cours des épreuves de lecture, il arrive que le regard du patient s'arrête et se fixe sur un mot ou une lettre, sa course automatique de la droite vers la gauche apparaissant comme bloquée ; c'est le phénomène de la *para-*

---

ment monté. Dans cette hypothèse, il sera tombé sur ses talons, le corps raide et le jarret tendu. La commotion se sera communiquée par la colonne vertébrale à la base même du crâne, où elle a produit tout le désordre que nous venons de signaler, excepté les contusions de la joue droite, du sourcil droit, du front, des genoux et de la hanche qui se sont produits quand le corps sera arrivé horizontalement sur le sol..... On ne saurait admettre, comme l'a fait M. Legros, le passage d'une des roues sur la tête ; celle-ci a été projetée trop loin et d'ailleurs le cou aurait offert des lésions qui n'existaient pas. »

C'est à l'Académie de médecine que devait se conclure ce débat. Il le fut par une communication de Marchal (de Calvi), médecin militaire qui devait devenir agrégé de la Faculté et qui était fort connu comme praticien et aussi pour avoir soutenu victorieusement, contre Gannal, un procès en contrefaçon à propos d'embaumements. Pour Marchal, la thèse de Legros était inadmissible, car il était impossible que les roues de la voiture eussent passé sur la tête du prince. Celle de Tanchou ne l'était pas moins, car le mouvement transmis aurait perdu assez de force pour qu'un aussi grand dégât restât possible. En outre, dans son hypothèse, Tanchou ne pourrait expliquer les lésions observées à gauche et, par exemple, la contusion de la région trochantérienne de ce côté. « Selon moi, ajoutait Marchal, le prince étant debout est tombé à la renverse par suite d'une oscillation de la voiture. La tête a porté à l'extrémité d'un arc de cercle mesuré par la hauteur du prince, à laquelle il faut ajouter celle de la voiture, en tout huit pieds environ. Comme la voiture était animée d'une vitesse extrême, on comprend que la tête a dû frapper le pavé avec une grande force et l'on se rend compte aisément de l'énormité des lésions. On a dit que, sur cent individus, pas un, tombant de la même manière que le prince, ne se ferait autant de mal. Il est certain que les cent individus se tueraient et même que plusieurs mourraient sur le coup ».

Mais Marchal ne s'était pas contenté de commenter l'accident. Il avait eu l'idée de recourir à la méthode expérimentale. Pour cela, il avait choisi un cadavre de taille élevée, d'une complexion analogue à celle du duc d'Orléans et âgé de 28 à 30 ans (le prince en avait trente-deux), l'avait fait maintenir debout sur une table d'autopsie de un mètre de hauteur par deux aides qui le tenaient par les jambes. Lui-même était monté sur la table, avait saisi le cadavre aux épaules et l'avait projeté conrre les dalles de l'amphithéâtre. Le sujet tomba la tête la première sur le côté gauche. Marchal pratiqua ensuite l'autopsie et trouva des lésions qui rappelaient fortement celles que l'on avait décrites chez le prince héritier. Les sutures lambdoïdes, sagittale, etc, étaient désunies. Du sommet de l'occipital partaient diverses fractures difficiles à décrire qui se portaient à droite, à gauche et en avant. « En somme, comme chez le prince, le crâne était partagé en deux parties mobiles l'une sur l'autre, l'une antérieure et supérieure, l'autre postérieure et inférieure ».

Et il tirait de là cette conclusion que la chute sur la partie postérieure de la tête est plus dangereuse que celle qui porte sur la partie antérieure. C'est que, ajoute-t-il, l'homme qui tombe en avant se fléchit et, en se fléchissant, il rapproche sa tête du sol, tandis que celui qui tombe en arrière ne peut se fléchir et ne touche terre que par un point qui est la portion de la boîte cranienne qui se trouve au-dessus de la protubérance occipitale externe.

Il serait curieux de savoir ce que pensent de ces explications les chirurgiens d'aujourd'hui. En tout cas, il est certain qu'il a fallu un concours de circonstances peu commun pour rendre mortel cet accident presque banal du duc d'Orléans. S'il était tombé en avant, peut-être, selon l'expression de Pascal, toute la face de la terre aurait-elle changé.

Henri Bouquet.

lysie du regard de Balint (Blicklähmung) à laquelle on remédie en mobilisant au-dessus du texte lu un index quelconque ou le doigt de l'observateur qui attire l'attention. D'autres *gestes de compensation* (Déjerine) favorisent l'identification : faire exécuter par le sujet dans l'espace les lettres avec son doigt, avec un crayon ou lui dessiner les caractères dans le creux de la main en dehors du contrôle de la vue (*dermolexie*). L'*alexie* peut être *pure* ou au contraire enchassée dans des groupements symptomatiques divers et nous n'avons en vue ici que ceux engendrés par les lésions occipitales. Elle peut se compliquer d'*agraphie* ; celle-ci est souvent moins marquée que l'alexie et il est rare qu'elle soit totale. Les lettres sont alors superposées, l'alignement des mots est défectueux et leur forme générale irrégulière, sinueuse, ondulée. Les essais d'écriture avec les cubes révèlent le même manque d'harmonie générale.

L'*agnosie pour les couleurs* (Farbenagnosie) consiste dans le fait que le sujet tout en percevant bien les couleurs ne peut en spécifier les caractères ni en fournir le nom. Il ne faut pas confondre ce troubles avec la *dyschromatopsie* ou l'*achromatopsie*. A cette agnosie pour les couleurs peut s'adjoindre l'*absence des représentations colorées*, le malade ne pouvant plus évoquer dans son esprit la couleur rouge du sang, bleue du ciel, blanche de la neige.

Les *troubles du dessin*, qu'il s'agisse de reconnaissance ou d'exécution sont d'observation fréquente en pathologie occipitale. *En ce qui concerne la reconnaissance*, on utilisera d'abord des dessins d'objets usuels ou d'animaux connus, puis des dessins représentant des symbôles (croix, carré, rectangle) et enfin des *dessins d'ensemble*. La déficience peut être flagrante dès les premiers tests. Lorsque le sujet peut identifier une figure isolée on s'aperçoit, dans l'épreuve des dessins d'ensemble, que seuls sont saisis un détail ou un personnage. L'ensemble n'est pas assimilé, même si l'association s'impose de manière flagrante et logique comme dans le cas de deux personnages juxtaposés figurant un couple dansant. *Cette abolition de la vision synthétique* constitue la *simultanagnosie* décrite par Wolpert. On s'adresse, *en ce qui concerne l'exécution*, aux épreuves du dessin spontané ou de mémoire, puis du dessin copié d'après un modèle et on opère en graduant les difficultés. On sera souvent frappé par le caractère informe des résultats obtenus dès les premiers essais , ce ne sont que traits multiples et aventureux, sans signification, traduisant des tentatives aussi multiples qu'infructueuses. Dans les *essais avec modèle*, le malade « *surcharge* » fréquemment son modèle au lieu d'exercer son activité à côté de lui ; cette anomalie (glosing-in de Mayer-Gross) est symptomatique d'un trouble de la *pensée spatiale*.

La variété majeure des agnosies pour les choses est représentée par la *cécité psychique* de Munk dont Lissauer a fourni la première description détaillée. On est en face de l'impossibilité d'identifier un objet concret par la vue, bien que les sensations visuelles ne soient pas adultérés. Le trouble prend fin dès que la malade met en jeu un autre sens, entre autres le toucher. Il n'est pas rare comme le soutiennent von Monakoff et von Stauffenberg et comme nous avons pu nous en rendre compte nous-même que la cécité psychique ne soit qu'un symptôme passager.

Les agnosies spatiales

La question des agnosies spatiales mérite de retenir notre attention, car si nombre d'entre elles sont spécifiquement visuelles et partant occipitales, un certain nombre d'autres ne le sont pas essentiellement ou ne le sont qu'indirectement, étant souvent le fait de lésions extra-occipitales.

Dans les premières, on peut ranger la difficulté de reconnaître d'emblée *les trois dimensions* d'un objet avec obligation pour ce faire de le considérer successivement sous plusieurs incidences. La suppression de la *vision en relief* découle de ce trouble. Ce sont encore les *fausses localisations*, soit que le sujet n'apprécie pas la distance qui le sépare d'un objet, soit qu'il apprécie faussement les distances qui séparent plusieurs objets égayés dans son espace visuel (*fausse localisation en profondeur*). A de semblables *paropsies*, on peut adjoindre la *perte du sens de la direction* qu'on imprime aux objets et l'*abolition du sentiment de la perspective*.

La discussion de la participation plus ou moins grande de la visuo-gnosie s'amorce à propos de l'*orientation spatiale*, fonction déniée directement au lobe occipital par des auteurs comme Dide tout au moins fondamentalement, fonction qui, au contraire lui est reconnue en propre par nombre d'observateurs à la suite de Gelb, Goldstein, Poppelreuter, P. Schilder. Notre expérience personnelle nous permet d intervenir utilement dans un tel débat et elle nous permet de concevoir au cours des lésions occipitales deux *variétés pathogéniquement très différentes de désorientation spatiale* :

a) l'une, curieuse et paradoxale à la vérité, dans laquelle l'individu n'a pas perdu les représentations mentales de l'espace proche ou éloigné. Il formule très bien l'itinéraire qu'il convient de suivre pour se rendre d'un point à un autre.

Par la pensée, il suit correctement cet itinéraire. Lui demande-t-on de passer à l'exécution et de le suivre effectivement, il s'en avère totalement incapable. Dès le début, il est perdu, dépaysé. Tout se passe comme s'il se trouvait dans une ville qui lui est complètement étrangère. Une telle perte de l'orientation pratique, d'ordre essentiellement gnosique, s'accompagne souvent d'erreurs d'exécution de certains mouvements dans la mesure où ils postulent l'intégrité de la représentation spatiale ; l'une des erreurs les plus suggestives consiste dans l'impossibilité de s'habiller correctement, le patient se perdant complètement dans ses vêtements et cela souvent d'autant plus qu'il utilise le contrôle de la vue.

Ce maniement défectueux du monde extérieur proximal que Dide attribue trop exclusivement au cerveau pariétal droit rappelle la planatopokinésie de Pierre Marie, H. Bouttier et P. Bailey ; il peut s'observer dans les lésions occipitales. (P. Mollaret).

b) *Dans une autre variété*, le sujet concrètement, mais aussi abstraitement est incapable de formuler et de suivre tel ou tel itinéraire. Globale ici, la désorientation spatiale est sous la dépendance de la *dissolution des images-souvenirs* et de l'impossibilité d'évocation des représentations visuelles. Cette perte de la *mémoire topographique* dépend dans ces cas d'un trouble beaucoup plus étendu de la mémoire que nous analyserons plus loin.

Sans être l'apanage exclusif des lésions occipitales, les *altérations de la représentation corporelle* peuvent s'observer. Notre propre corps est un objet parmi les autres avec de multiples composantes dont nous avons un sentiment confus et une idé approximative que les neurologues appellent schéma corporel, image de soi. Il semble à la réflexion que ce soient plutôt les rapports de notre corps avec l'espace que nous percevons. Si une telle image est, chez le sujet normal, presqu'en marge de la conscience, sa dissolution en pathologie nous enseigne son importance. Le sujet ne s'oriente plus ou défectueusement sur son propre corps. Il ne parvient plus à toucher avec son doigt la partie de son corps qu'on lui désigne (*autotopoagnosie de Pick*), alors qu'il y parvient si on le place devant un miroir. Il peut encore perdre conscience de tout un côté de son corps ou d'un segment de membre ; il l'oublie, ne s'en sert plus et se refuse dans certains cas à l'admettre comme lui appartenant. De tels troubles prennent parfois de si bizarres aspects qu'on en arrive à se demander s'il ne s'agit pas de phénomènes délirants.

Plus fréquemment occipital que les précédents, car les perceptions visuelles interviennent grandement dans sa genèse passée dans l'automatisme, est la perte *du sentiment droite-gauche*. Les sujets ne peuvent sur ordre désigner leur côté droit ou leur côté gauche et ne peuvent montrer le doigt qu'on leur désigne.

Les troubles visuo-praxiques

L'exposé des faits qui précèdent laisse entrevoir la fâcheuse influence que certains d'entre eux sont susceptibles d'exercer sur l'*activité praxique* de leurs porteurs. Il ne s'agit pas ici d'apraxie idéo-motrice ou d'apraxie idéatoire. Dans le cadre de cette *apraxie visuelle* (terme qui a été fortement critiqué), nous ne retiendrons qu'une perturbation très spéciale de l'activité motrice complexe limitée à l'exécution des figures abstraites par le dessin ou mieux à l'aide de pièces solides : allumettes, fragments de bois, éléments de jeu de puzzle. Au cours de

tels essais, on observe une maladresse extrême régulièrement suivie d'échec ; on enregistre en effet, à tout coup, l'impuissance du sujet à édifier une forme qui ait quelque signification. C'est l'*apraxie constructive* décrite d'abord par Rieger, Poppelreuter puis par Kleist et Strauss. Pour illustrer l'importance des troubles gnosiques dans la genèse d'une telle apraxie, Lhermitte avec ses collaborateurs Trelles, puis Mouzon l'on individualisé récemment sous le vocable d'apractoagnosie géométrique (1).

Les troubles visuo-psychiques

S'il est loisible de recueillir une bibliographie très étendue et surtout étrangère des troubles que nous venons d'étudier, il n'en est pas de même en ce qui concerne le chapitre des *troubles intellectuels* des sphères occipitales. Certes quand on entend le malade de Mollaret (2) demander sérieusement qu'on veuille bien consentir à lui recoudre ses deux oreilles que l'on conserve dans une boîte du plateau d'examen, on peut se poser la question d'une anosognosie authentique ou d'un trouble mental. Mais il est des cas où l'hésitation n'est pas permise.

Les hasards de la clinique nous ont conduit à observer un sujet chez lequel le déficit intellectuel s'il est encore à point de départ visuel dépasse par son ampleur et son intensité, le cadre des simples perturbations des mécanismes psycho-sensoriels spécialisés et entame sérieusement l'une des plus importantes facultés de l'intelligence, *la mémoire*. Il s'agit d'un homme de 49 ans que nous suivons depuis neuf ans, dont nous avons rapporté ailleurs la complète et rarissime observation (3). Nous y puisons les seuls traits qui intéressent le point que nous envisageons. Notre malade est atteint d'un double ramollissement occipital bilatéral comme en fait preuve une hémianopsie double dont la gauche uniquement en quadrant supérieur. Le trouble central est une *omnésie de fixation totale*. Laissons parler le malade « Chaque chose se perd, se dissout immédiatement, tombe dans le néant... C'est énervant, agaçant, obsédant ». La rapidité de l'oubli rappelle celle de la démence sénile, mais il n'y a ni dissimulation du trouble ni fabulation. On saisit les répercussions d'une telle infirmité sur l'orientation dans l'espace et aussi dans le temps. Notre sujet ne peut sortir qu'accompagné par sa femme et pour de nombreuses besognes est contraint de se référer à un petit papier sur lequel son épouse a inscrit ce qu'il devait faire. Si le déficit mnésique est majeur dans le domaine de l'activité visuelle, il existe aussi, mais à un degré moindre, pour les choses lues et pour les noms propres. On note des lacunes importantes dans le souvenir des dates historiques et de certaines notions didactiquement apprises. La mémoire des faits anciens apparaît cependant un peu moins défaillante que celle des faits récents qui l'est totalement. Par ailleurs, le sujet a conservé ses autres qualités intellectuelles et affectives, mais le déficit mnésique est si complet qu'il en fait un infirme cent pour cent.

Nous connaissons les critiques régulièrement adressées aux auteurs qui font état d'observations purement cliniques. Par bonheur une observation, anatomo-clinique elle, de Dide et Botcazo (4) datant de 1902 nous apporte un appui très sérieux, car les deux histoires cliniques sont très voisines. Les auteurs y notent une agnosie visuelle objective variable et inégale, une désorientation absolue dans le monde extérieur et surtout une amnésie continue de fixation portant sur les objets et le temps. Ils y signalent, en outre, une astéréo-gnosie tactile inconstante que nous avons observée nous même, mais de façon épisodique. Et les lésions en cause, bilatérales, sont typiquement et exclusivement celles des territoires de la cérébrale postérieure que notre maître Charles Foix et notre ami Masson nous ont si bien appris à connaître.

Ces faits si intéressants mettent en évidence l'ingérence profonde de la visualité dans le psychisme à un taux tout à fait inhabituel. Pourquoi une ingérance aussi marquée est-elle si rare ? Il est difficile de répondre à cette question ; nous répétons que le facteur individuel doit intervenir pour une grande part.

***

Si le problème anatomique de la fonction visuelle est actuellement clairement résolu, celui des fonctions paravisuelles que nous venons d'exposer l'est moins clairement. Von Stauffenberg et d'une part, Pötzl, d'autre part, qui se sont particulièrement occupé de ce problème anatomique notent la fréquence des lésions bilatérales (dans les cas les plus riches) et a prédominance des lésions gauches en cas d'atteinte unilatérale. On trouverait tantôt des lésions de la face externe du lobe occipital intéressant les aires péri- et para-striées (territoire de la sylvienne), tantôt des lésions à la face inférieure du cerveau portant sur les lobules lingual et fusiforme (territoire de la cérébrale postérieure). Mais ces auteurs insistent dans les deux cas sur les altérations du splénium du corps calleux. Les troubles agnosiques seraient d'autant plus marqués qu'il y a davantage de fibres associatives dégénérées. Nous estimons, quant à nous, qu'il convient de tenir grand compte des lésions des centres cortico-occipitaux spécialisés, mais qu'il ne faut pas négliger l'importance physio-pathologique des lésions des *nombreux faisceaux d'association* qui sillonnent la profondeur des lobes occipitaux.

Nous avons vu, chemin faisant, que certains des signes décrits peuvent être l'expression de lésions cortico-sous-corticales, extra-occipitales et ne s'expliquent, en l'occurence, que par la suppression organique ou fonctionnelle des relais associatifs entre les centres corticaux et les centres voisins. Une telle explication pathogénique rend compte dans une certaine mesure de la variété des visuo-agnosies, de la labilité de certaines d'entre elles, de leurs associations très capricieuses, de leur retentissement sur la praxie et plus loin sur l'intelligence elle-même. Elle cadre, à notre sens, avec la grande complexité des actions cérébrales qui exigent pour leur production, la mise en branle simultanée de très nombreux mécanismes qui travaillent à la chaîne et dont les plus élevés nous sont encore inconnus.

(1) J. Lhermitte et J. Mouzon. Sur l'apractognosie géométrique et l'apraxie constructive consécutives aux lésions du lobe occipital. Revue neurologique, tome 73, n° 9 et 10, 1941.

(2) P. Mollaret, R. Bénard et R. Pluvinage. Déficits opticeo-gnosiques, optico-praxiques et optico-psychiques par ramolissement étendu de l'artère cérébrale postérieure. Revue neurologique, tome 37, n° 7 et 8, 1941.

(3) J.-A. Chavany. Ramollissement des deux lobes occipitaux. La perte des images souvenirs. *La Presse Médicale* (à paraître incessamment).

(4) Dide et Botcazo. *Revue neurologique*, 30 juillet 1902.

Incontinence d'urines et rétrécissement mitral fruste

Par André PATOIR, Gérard PATOIR, Jean DESRUELLES
(de Lille)

Une courte série d'observations recueillies dans le service de Clinique urologique, nous a semblé intéressante à évoquer. Si, en effet, l'incontinence d'urines et le rétrécissement mitral, sont fréquents, leur coïncidence n'a pas été signalée souvent, pour autant que nous avons pu nous en assurer. Voici les observations.

Observations. — I. — K. St..., 16 ans entre dans le service pour incontinence en janvier 1941. On ne met en évidence aucune anomalie d'ordre urinaire. Il n'existe pas de spina bifida. L'état général est satisfaisant. Il n'y a aucun trouble nerveux.

On découvre un rétrécissement mitral très net. La radioscopie montre un arc moyen dilaté.

Il est amélioré après quatre injections épidurales de sérum physiologique.

II. — M. R..., 12 ans, entre en janvier 1941 dans le service pour incontinence. Il est petit, de la taille d'un enfant de 8 ans, présente un pied bot. L'examen montre un phimosis qu'on opère sans succès et un spina bifida avec un léger arrêt du lipiodol au niveau de la Ve lombaire. Une intervention a été faite ultérieurement sans guérir l'incontinence.

Il est porteur d'un rétrécissement mitral.

III. — J. D..., 15 ans entre dans le service le 15 septembre 1941, envoyé par son médecin pour incontinence. Il présente un phimosis,

pas de spina bifida. On constate un rétrécissement mitral sans manifestations fonctionnelles.

Aucun signe d'hérédo-syphilis, mais une corpulence d'enfant de 10 ans.

IV. — Le J... 12 ans, est venu consulter en juin 1941 pour incontinence. On n'a trouvé aucune lésion organique sauf un rétrécissement mitral. Pas de spina bifida, pas de signes de spécificité organique ou héréditaire.

V. — D..., 13 ans, incontinent entre en février 1941 dans le service.

On ne découvre aucune lésion si ce n'est un phimosis que l'on opère Il présentait un rétrécissement mitral, pas de spina bifida, pas de signe d'hérédo-syphilis.

VI. — L..., 14 ans, vient consulter pour incontinence d'urines. On ne trouve aucune lésion. Il n'y a pas de spina bifida. Par contre, il existe un rétrécissement mitral.

VII. — V..., 14 ans, est atteint d'incontinence nocturne d'urines. Il ne présente aucune malformation des organes génitaux, ni du rachis.

Cependant, il est porteur de dystrophies dentaires importantes et d'une inégalité pupillaire. Sa taille est petite, son aspect grêle.

A l'examen du cœur, les signes du rétrécissement mitral sont évidents.

Nous n'avons pu en raison du refus maternel pratiquer les examens sérologiques qui semblaient indispensables.

VIII. — P..., 10 ans est atteint d'incontinence nocturne d'urines. Il est bien constitué, n'a pas de malformations rachidiennes ; son prépuce est long, légèrement serré. On découvre à l'examen général l'existence d'un rétrécissement mitral discret qui s'exagère après les épreuves de Lian.

En résumé, voici une série d'observations (1) où coïncident l'incontinence d'urines et le rétrécissement mitral. La brièveté de nos observations nous excusera d'en faire une synthèse.

Chez tous, l'incontinence d'urines est poussée à un degré tel que la famille les amène à l'hôpital. Or, pour quiconque connaît la répulsion du public de nos régions vis-à-vis de l'hospitalisation d'un enfant, et d'autre part, la tolérance accordée aux incontinents modérés, ceci suffira comme critère. Il s'agit dans la moitié des cas d'incontinents diurnes autant que nocturnes. Pour un bon nombre d'entre eux, on s'est résigné à des interventions chirurgicales peu graves mais impressionnantes. On ne se trouve donc pas en présence de ces pisseurs au lit occasionnels, peu gênants dans la vie familiale et que seul le coucher précoce de la caserne, et son confort mitigé, vont révéler.

Les signes cardiaques ont, toujours été une surprise. Ils n'ont été recueillis par nous, de façon systématique, qu'après l'examen de deux sujets qui nous les avaient révélés. Dans aucun de nos cas, ils ne s'imposaient. Dans aucun non plus, ils n'auraient pu échapper à une observation attentive. Le signe le plus simple, le plus grossier à enregistrer est le frémissement cataire ; il n'a, chez les sujets éréthiques, qu'une valeur bien discutable ; de même, en ce qui regarde l'auscultation, du roulement. De même également du dédoublement du second bruit.

Deux signes ont retenu notre attention. L'éclat du premier bruit n'a manqué à aucune de nos observations. Le syndrome radioscopique, plus ou moins complet y figure aussi. Evidemment, on n'y rencontre pas les signes du rétrécissement mitral décompensé, mais ceux qui s'y trouvent sont suffisamment probants.

En bref, dans tous les cas, incontinence d'urines patente, flagrante, sténose mitrale encore muette. Cette dernière est, il est vrai, plus facile à dissimuler à son entourage que la première.

De ces faits, quelles réflexions et quel enseignement convient-il de tirer ?

La rareté d'un tel ensemble de faits semble bien démontrée, nous n'avons relevé dans la bibliographie aucune mention analogue. Elle n'en est pas moins à notre avis purement apparente puisque nous avons recueilli cette année, ces huit observations dans le service d'urologie de la Faculté de Lille (Professeur Macquet) sur un ensemble d'une vingtaine d'incontinents que nous avons pu observer.

(1) D'autres malades de types analogues avaient été vu par nous. La guerre nous a fait perdre leur dossier,

En effet, quand, dans un service de médecine générale ou infantile, on dépiste un rétrécissement mitral s'inquiète-t-on, fut-ce une seconde, de savoir si le sujet pisse ou a pissé au lit.

Lorsqu'au contraire on amène à un urologue un incontinent, il est bien rare qu'il en examine le cœur, cliniquement et radiologiquement, avec toute l'attention désirable. En outre, dans ces dernières années, on vivait sur le dogme de l'origine rachidienne de la maladie et on a passé beaucoup de temps à chercher les spina bifida si occultes qu'aucun examen n'a pu les mettre en évidence.

Enfin et surtout, les deux maladies échappent fréquemment à l'observation médicale. Le rétrécissement mitral bien toléré ne se manifeste que tardivement par une complication brutale, c'est une notion classique. C'est un diagnostic de conseil de révision ou d'examen d'assurances-vie.

L'incontinence d'urines, si elle est gênante pour l'intéressé et son entourage constitue néanmoins dans certains milieux sociaux une infirmité bénigne dont on a cure.

La médecine militaire du temps de paix révélait ainsi, peu après l'incorporation, un nombre relativement élevé d'incontinents dont, après enquête on apprenait que jamais un avis médical n'avait été appelé à les soulager. Et que dire des incontinentes ? La révélation de leur défaut, ceci dans n'importe quel milieu, eût été susceptible d'entraver leur existence en décourageant les épouseurs.

Ce n'est donc qu'à la faveur d'une série fortuite et complètement examinée qu'on peut être amené à établir un rapport entre les deux ordres de faits.

Ce qui peut paraître intéressant, c'est de voir de quel ordre est ce rapport. Simple coïncidence : bien que ce soit possible, on y répugne toujours en médecine, et cette répugnance a engendré la synthèse clinique à laquelle nous devons à peu près tout. On peut cependant ranger dans ce cadre les polydystrophies, dont nous ignorons la cause réelle et qui peuvent aussi bien toucher le cœur et la miction qu'entraîner un pied bot par exemple.

Il nous est loisible d'incriminer à l'origine des deux états pathologiques une même cause, la syphilis par exemple. Cette hypothèse résiste peu aux faits. Le rétrécissement mitral de type dit congénital a souvent été attribué à la vérole sans l'ombre d'une preuve. Labsence d'antécédents valables, la négativité constante des réactions sérologiques, l'inefficacité absolue du traitement même précoce viennent témoigner en faux contre cette interprétation des faits. Dans ce domaine comme dans bien d'autres, on a élargi le cadre déjà très suffisant de la grande maladie, génératrice de la plupart des tares congénitales.

Pour l'incontinence d'urines, la syphilis héréditaire a été aussi invoquée. Sans plus de motifs, d'ailleurs. Nous avons été de ceux qui systématiquement infligeaient aux pisseurs au lit une cure antisyphilitique. Nous le regrettons doublement, car les résultats en furent toujours rigoureusement nuls et les médicaments employés ne sont pas toujours anodins.

L'origine prétendûment tuberculeuse du rétrécissement mitral ne peut être retenue ici.

Il reste unedernière interprétation possible et c'est à notre avis la plus probable. On admet généralement que le rétrécissement pur de type dit congénital est lié à la cicatrisation d'une endocardite soit fœtale, soit de façon plus probable, précocement infantile. On ne s'étonne donc pas que la vascularisation périphérique insuffisante qu'il entraîne amène de façon plus ou moins évidente des altérations trophiques de la croissance, d'ordre fonctionnel tout d'abord, puis d'ordre anatomique. C'est ainsi qu'on nous signale, entre autres, le nanisme mitral, les aménorrhées mitrales. On ne saurait s'étonner du fait que le système nerveux réagisse à son tour vis-à-vis de ce trouble général. Et plus particulièrement dans cette zone de son activité si complexe et si riche qui régit la miction. Ceci bien entendu ne saurait en aucune façon tendre à expliquer par cette seule cause les incontinences d'urines. Elles sont d'origine extrêmement équivoque et on sait que récemment les psychanalystes en ont fait un test précoce du complexe d'Œdipe. Notre interprétation pour le sujet qui nous concerne nous semble plus facile à contrôler.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion pathogénique à laquelle

on se range, il nous semble que le côté pratique est le plus intéressant à considérer.

Si, d'une part on relève chez un rétréci mitral parvenu à l'âge des complications et du diagnostic, une incontinence d'urines, ce n'est qu'un à côté et une curiosité pathologique.

Si, au contraire, d'autre part, on a l'attention éveillée, dès le premier examen d'un incontinent sur la nécessité où l'on se trouve d'examiner son cœur de façon sérieuse, cliniquement et radiologiquement, alors on pourra faire œuvre utile. Avertir les parents de la cardiopathie que porte l'enfant, des dangers éventuels qu'il encourt, de la surveillance dont il doit être l'objet, les prémunir contre le surmenage et les trop vastes ambitions tel est à ce moment le rôle du médecin qui aura vu se répéter nos constatations.

L'état actuel du problème des « moignons oculaires »

Par **Jean VOISIN**

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

La recrudescence des plaies oculaires qu'a entraînée cette dernière guerre a eu souvent pour effet de faire discuter, parfois immédiatement mais surtout tardivement du fait de complications, les indications respectives de l'énucléation et des différentes opérations qui ont été proposées pour la remplacer.

Il y a déjà bien longtemps que divers auteurs, déçus par le médiocre résultat esthétique que donnait la prothèse oculaire mise en place après l'énucléation, ont cherché par de nouveaux procédés opératoires à pallier aux défauts qu'ils constataient : l'existence d'une forte dépression sus-palpébrale, le retrait de la pièce d'émail ou œil de verre par rapport à l'œil sain et sa très faible motilité d'où une fixité particulièrement désagréable de l'œil artificiel. Si la prothèse oculaire réussit à masquer la véritable mutilation qu'est la perte du globe, elle ne le fait que d'une façon très imparfaite qui la rend perceptible aux regards les moins avertis.

Aussi, est-ce ces défauts que les différentes opérations proposées pour remplacer l'énucléation visent à corriger. Elles recherchent d'une part à augmenter la saillie de la prothèse et de l'autre à lui communiquer des mouvements les plus amples possibles.

C'est aux alentours de 1885 que ce problème de l'esthétique de la prothèse oculaire a reçu ses premières solutions par les procédés de Mules, Frost et Lang. Aussi en 1889 de Wecker put-il s'élever contre la fréquence de l'énucléation qu'il qualifia de procédé outrageusement hideux. Les opérations visant à remplacer l'énucléation furent le sujet de rapports en 1900 au XIIIe Congrès international de médecine et en 1917 à la Société d'ophtalmologie de Paris (F. Terrien, rapporteur). Enfin, mon maître, le Docteur Poulard, en transformant le procédé de Mules, mit au point puis perfectionna une technique aussi pratique que sûre.

Ces différentes opérations peuvent être scindées en deux groupes. Le premier se contente d'une résection limitée du globe et c'est le moignon oculaire qui fera saillir la prothèse et lui communiquera ses mouvements. Le deuxième a recours, après l'énucléation, à l'insertion d'un corps sphérique dans la cavité de Tenon et c'est cette greffe qui joue ici le rôle du moignon oculaire.

Parmi les RÉSECTIONS LIMITÉES du globe, l'*éviscération* est une méthode insuffisante, car le moignon qu'elle réalise est voué à l'atrophie et après un an la motilité qu'il avait fournie à la prothèse est réduite à celle que donne la simple énucléation. Cette intervention est cependant réservée aux grosses panophtalmies avec participation sclérale et cellulite ténonienne dans lesquelles l'énucléation serait dangereuse et les chances de greffe nulles.

En effet, il ne suffit pas pour obtenir un bonne motilité de conserver les insertions antérieures des muscles droits, il faut aussi que leur action se fasse sentir et pour cela que le moignon conserve un certain volume. Deux procédés visant à cette réalisation sont à retenir, l'un l'amputation du segment antérieur, l'autre l'opération de Poulard.

L'amputation du segment antérieur dont les multiples procédés dérivent de l'ancienne opération de Critchett conserve le vitré pour donner du volume au moignon oculaire et un soutien à l'action des muscles. Elle conserve avec le vitré les membranes profondes, tout au moins en arrière des procès ciliaires dont on a fait l'ablation ainsi que celle du cristallin de l'iris et d'une calotte cornéo-sclérale. L'état liquide du vitré peut rendre cette intervention délicate, mais surtout, il faudra veiller à éviter le pincement de la choroïde par la cicatrice sclérale, ce que la technique de Coutela permet de réaliser facilement.

L'*opération de Poulard* est une éviscération du globe suivie de l'inclusion d'une boule de verre, en réalité sphère ou ovoïde de cristal. La technique en a varié à la demande de l'oculariste lorsque la substitution de la prothèse à double coque aux prothèses à simple coque a nécessité des moignons oculaires de volume moindre que ceux antérieurement recherchés. Actuellement, la cornée n'est plus conservée et l'ablation de la portion antérieure du globe est suivie d'un curetage extrêmement soigneux de la cavité sclérale et l'on doit veiller tout particulièrement à mettre à nue la sclérotique et à la débarrasser de tous débris choroïdiens. C'est la conservation de la *seule* sclérotique qui fait l'originalité de ce procédé puisque Mules avait déjà eu l'idée de substituer un globe de verre au vitré.

De ces deux interventions dont le résultat esthétique immédiat est assez comparable, la première devrait être abandonnée depuis longtemps. Sans compter qu'il est irrationnel de laisser dans ce moignon des tissus vivants qui pourront dégénérer, il n'est pas rare de voir ultérieurement le moignon être le siège de phénomènes irritatifs avec variations de volume, de plus même en l'absence de toute irritation ce moignon peut secondairement s'atrophier. Au contraire, l'opération de Poulard donne toute sécurité puisqu'elle ne conserve que la sclérotique et le volume du moignon réalisé y est immuable. L'expulsion de la bille de verre est exceptionnelle lorsque les sutures ont été faites soigneusement ; ce n'est que lorsque cette dernière opération est pratiquée pour panophtalmie que l'échec atteint 20 % et, après l'élimination de la boule, l'on se trouve en face du moignon que donne la simple éviscération. De plus, les indications de l'opération de Poulard sont beaucoup moins restreintes que celles de l'amputation du segment antérieur qui se limitent aux staphylomes secondaires à des kératites irritatives ou à des scléro-kératites et à certains glaucomes absolus, elles s'étendent à presque toutes les affections oculaires ayant entraîné la perte de la vision, sauf les tumeurs du globe, l'ophtalmie sympathique et certaines panophtalmies avec cellulite orbitaire.

Ce sont ces résections limitées au globe qui donnent le plus de mobilité à la prothèse, donc les plus beaux résultats esthétiques ; malheureusement ces interventions que l'on pourrait dire conservatrices ne sont pas toujours possibles, soit que la blessure oculaire ait intéressé le pôle postérieur, soit que l'affection oculaire (tumeur du globe, ophtalmie sympathique) impose l'ablation de l'œil en sa totalité ou que l'on désire recueillir un document anatomo-pathologique. L'on aura alors recours aux interventions au deuxième groupe.

Les interventions du deuxième groupe insèrent une masse sphérique dans le cône musculo-aponévrotique de l'orbite qui doit lui assurer une motilité suffisante.

Depuis Frost et Lang TOUT a été essayé comme MATÉRIEL D'INCLUSION, nous ne signalerons que celui dont on peut espérer un bon résultat. Parmi les *matières inertes*, nous choisirons soit la bille de paraffine dure (Dupuy-Dutemps), soit la boule de cristal cloutée à laquelle Poulard fait donner un volume plus grand que celui des boules pour insertion sclérale. Parmi les *matières organiques*, certains s'adressent à des hétérogreffes : tête de fémur de chien (Magitot), cartilage de veau, boule de tendon de veau (Duverger et Velter), d'autres préfé-

◆

rent les homogreffes dont la meilleure est la greffe de cartilage costal (Carlotti et Bailleul), dans ces derniers cas, la prise de la greffe chez le sujet à énucléer constitue un temps opératoire supplémentaire.

La technique chirurgicale de l'inclusion ténonienne est simple, il faut veiller à conserver intact l'entonnoir musculo-aponévrotique et solidariser les muscles au transplant qui doit être contenu et mobilisé par cette sangle musculaire, la suture conjonctivale formera un deuxième plan au devant du corps inclus.

J'emploie de préférence la boule de cristal qui est facile à se procurer et d'un prix de revient assez minime ; il ne me semble pas que le remaniement conjonctif, auquel donne naissance certaines « greffes mortes », soit particulièrement à rechercher, il a pu aboutir à une résorption (Cerise et G. Offret) et dans le cas de boule de Guist, il gêne particulièrement l'ablation de ce transplant dans les cas où il ne peut plus être toléré ; seule l'homo et auto-greffe paraît pouvoir être réellement adoptée par l'organisme, l'on y aura recours lorsque l'on ne peut se procurer de boules de cristal ni un autre matériel d'inclusion.

Ces implantations ténoniennes font saillir suffisamment la prothèse mais lui communique une motilité moindre que celle donnée par les résections limitées du globe.

Cette méthode d'inclusion peut être pratiquée, avec de moins bons résultats et parfois avec des échecs, dans les mois qui suivent une énucléation simple et permet ainsi d'améliorer la prothèse oculaire. Après un an, la rétraction des muscles orbitaires rend cette intervention retardée impossible, l'on peut alors s'adresser à une technique due à Dupuy-Dutemps : l'injection de paraffine dure, liquéfiée par la chaleur, dans le centre de l'orbite.

Après de Wecker, après Poulard, j'ai voulu insister sur une notion trop souvent perdue de vue : l'énucléation simple est une opération dont les indications devraient être réduites à l'extrême, alors que trop souvent son choix représente une solution de facilité. Il est vrai que les suites opératoires de l'énucléation sont des plus minimes, ce qui est particulièrement à rechercher chez les sujets âgés ou affaiblis. Mais chez un malade jeune, une hospitalisation plus longue, des douleurs qu'accompagne une infiltration séreuse de l'orbite et qui surtout après l'opération de Poulard nécessitent souvent l'injection de morphine, sont des inconvénients de peu d'importance devant l'amélioration considérable que les opérations substitutives apportent au résultat esthétique de la prothèse oculaire qui devient alors parfaite.

L'éviscération du globe avec insertion d'une boule de cristal dans la sclère ou l'énucléation suivie d'une inclusion dans la cavité de Tenon sont les meilleurs moyens de pallier, grâce à l'œil artificiel, à la mutilation importante qu'est l'ablation de l'œil.

CLINIQUE MÉDICALE

L'asthme ovarien (1)

Par **Maurice LOEPER**

Les rapports de l'asthme et de l'ovaire sont bien connus. Ils ont fait encore l'objet d'un article récent de Chiray et de plusieurs thèses.

Ils s'affirment dans l'apparition de l'asthme à la puberté, dans la provocation ou l'exagération de l'asthme par les règles, dans sa disparition fréquente au cours de la grossesse, dans sa production possible à la ménopause.

Ils s'affirment encore dans l'amélioration, la suspension des crises ou leur espacement par un traitement folliculinique ou lutéinique, parfois par un traitement testostéronique, plus exceptionnellement par un traitement hypophysaire.

Quelle que soit son heure, l'asthme reste toujours identique à lui-même. C'est, on ne saurait trop le répéter, non pas une dyspnée banale mais une dyspnée expiratrice terminée par une exsudation broncho-alvéolaire. On y voit des cellules éosinophiles dans les crachats, dans le sang, dans la moelle osseuse, quelquefois des cristaux de Charcot-Leyden, le plus souvent des phénomènes vagotoniques et la chute de la tension artérielle.

Enfin on le voit alterner avec l'urticaire, l'entéro-colite, l'acné, se greffer sur une bronchite ou une bacillose antérieure, se compliquer de défaillance cardiaque et ultérieurement de sclérose broncho-pulmonaire.

La cause de l'asthme a été successivement cherchée dans une excitation du vague, dans une défaillance du sympathique, dans un déséquilibre végétatif pour mieux dire, dans on ne sait quel trouble du ganglion stellaire. On a attaché quelque importance à des modifications sanguines, à vrai dire rares ou inconstantes ; la réserve alcaline n'est en général accrue qu'après la phase dyspnéique, l'urée reste normale, le sucre du sang peut n'être pas diminué, la cholestérine dépasse rarement le chiffre de 2 grammes et le calcium n'est accru que dans peu de cas quoiqu'en disent certains auteurs.

Par contre, les recherches récentes ont insisté sur la présence dans les crachats de cette curieuse base aminée que l'on nomme histamine, fait d'ailleurs qui se voit dans beaucoup de bronchites (Loeper, Perrault et Herrenschmidt), mais sur sa présence aussi dans le sang, ce qui est vraiment curieux et suggestif.

Dans ses nombreux examens, Cerqua cite huit cas où le taux de l'histamine atteint dans le sang 180 à 220 gamma pendant la crise ou en dehors d'elle et Parrot rapporte quatre observations analogues où l'histamine atteint 180 gamma.

J'ai moi-même avec Lesure dosé dans deux cas 2 à 3 milligrammes d'histamine dans le sang des asthmatiques. Il est vrai que l'histamine par intra-dermo (Ramirez et Saint-George), par injection veineuse ou sous-cutanée (Weiss et Parrot) ne réalise pas l'asthme chez les sujets normaux mais chez les seuls asthmatiques ; que, dans quatre cas même, elle ne provoqua qu'une dyspnée assez banale avec accroissement du pouls, et augmentation paradoxale de la tension artérielle.

Peut-être produit-elle une décharge secondaire d'adrénaline qui annihile rapidement ses effets ?

Quoiqu'il en soit, on peut affirmer cependant que la crise d'asthme avec son spasme bronchique, son exsudation, son éosinophilie rappelle à s'y méprendre la crise de l'histamine tout au moins d'une substance voisine que Storn van Leeuw rapprocherait plutôt de la pilocarpine.

Le traitement de fond de l'asthme est donc toujours l'atropine qui est un vagolytique, l'adrénaline, l'éphédrine qui sont des sympathicotoniques mais aussi la désensibilisation histaminique plutôt que protéinique. Et si, dans nos propres recherches, l'acide phénylcinchonique a donné des résultats c'est qu'il est un médicament éliminateur d'histamine autant qu'un antiphlogistique.

* * *

Mais ce sont là méthodes d'urgence plutôt que méthodes préventives. L'asthme peut être déclenché par le *fonctionnement ovarien*. Pour en prévenir l'apparition, il faut remédier à ce trouble et s'adresser à l'ovaire.

Beaucoup de femmes commencent leur asthme à la puberté. D'autres ne le déclenchent qu'au mariage, certaines au premier accouchement. Il en est qui n'ont senti les premières atteintes qu'après une fausse couche et qui le retrouvent identique ou accru après une seconde ; d'autres qui font leur première crise après une hystérectomie.

Chez toutes ou presque toutes, les crises s'exagèrent deux, quatre à huit jours avant les règles et cessent avec elles ou très peu après elles.

Chez quelques-unes seulement la crise apparaît au milieu du mois, à cette phase que les Allemands appellent le médiomonat.

(1) Leçon rédigée par Ch. Bach, interne des hôpitaux.

Chez d'autres enfin l'asthme peut débuter seulement à la ménopause naturelle ou quelques mois après elle et il est encore rythmé par l'époque des règles manquantes.

L'influence de la grossesse est en général favorable. Nous avons plusieurs observations où l'asthme cesse complètement au deuxième mois de la grossesse et, à cinq grossesses successives, pour reprendre au retour de couches ou même aussitôt après l'accouchement ; très peu à vrai dire où l'asthme commence à la grossesse ou s'accentue au cours de son évolution. Je dis très peu, et ce n'est peut-être pas l'avis général, mais je crois qu'il faut distinguer la gêne respiratoire parfois paroxystique, la polypnée que peut provoquer la grossesse avec l'asthme vrai. Beaucoup de cas, classés par les auteurs dans l'asthme, n'ont nullement le caractère de la crise asthmatique. Ce sont des dyspnées paroxystiques par compression abdominale, par refoulement du diaphragme, qui doivent à l'accélération cardiaque, à la nervosité, de ressembler à l'asthme mais qui ne le réalisent pas dans sa pureté. Et cela a une importance capitale, plus encore doctrinale et pathogénique que clinique.

Dans tous ces cas, l'asthme peut s'accompagner d'éruption, de purpura, d'urticaire, de colite, voire même d'acné. Et nous avons le souvenir d'une malade chez qui, à l'avant-veille des règles, l'acné faisait son apparition, précédait l'asthme et disparaissait comme par enchantement avec lui.

La tension se modifie souvent avec lui et s'abaisse légèrement. Exceptionnellement elle se relève, ou fait curieux, s'abaisse pour s'élever ensuite au-dessus de la normale, comme si la substance hypotensive provoquait chez la femme comme chez l'animal une décharge hypertensive.

Je retrouve ces caractères dans mes dix-sept observations. Je les retrouve encore dans les diverses publications des auteurs, de Bonafos et Lafond, de Pigeaud et Contamin, de Touitou, de Chiray et Maschas, de Carlo Alice. Dans le travail de ce dernier, déjà assez ancien, treize observations apportent la preuve de la recrudescence menstruelle, sept de l'apparition à la ménopause et deux seulement d'une exagération par la grossesse.

Toutes ces malades sont sans aucun doute des prédisposées du système végétatif. Beaucoup ont eu de l'urticaire, quelques-unes de la colite ou du coryza spasmodique et souvent, dans le passé, avant la puberté, avant le mariage, elles ont présenté déjà des crises légères. Mais ces crises furent passagères et ne prirent leur rythme que plus tard. Elles sont aussi souvent des ovariennes dont depuis longtemps les règles sont prématurées ou tardives, insuffisantes ou prolongées. Certaines même présentent des ovarites scléreuses et kystiques.

***

La thérapeutique de ces crises d'asthme comporte tout d'abord les mêmes principes que celle de l'asthme banal de l'enfant ou de l'homme. Je les ai indiqués plus haut : l'adrénaline à la dose de deux milligrammes ou l'atropine à la dose d'un milligramme pendant la crise, de l'éphédrine à la dose de un à trois centigrammes en dehors des crises, associées ou non au gardénal ou aux divers barbituriques sont toujours indiquées, peut-être de la novocaïne veineuse (Ameuille) ; plus tard les méthodes de désensibilisation, intra-dermo-réaction à la peptone concentrée (Valléry-Radot), discrètement effectuée, aux protéines lactées (Loeper), ou même à l'histamine à des doses qui varient de 1/100e à 1/10e de milligramme.

Je signale encore les bons effets pendant la crise des injections veineuses de l'acide phénylcinchonique à la dose de 50 centigrammes introduits lentement, en une heure dans 100 à 150 grammes de sérum glucosé isotonique. J'ai vu par cette méthode bien des crises s'atténuer et en même temps, même chez une malade, l'acné disparaître.

Mais le rôle de l'*ovaire* est trop patent pour ne pas être pris en considération. Il joue un caractère déclenchant et commande une thérapeutique endocrinienne spécifique, au moins préventive sinon curatrice.

Les divers auteurs qui s'y sont essayés en ont vu les bons effets et lui doivent bien souvent d'avoir prévenu les crises prémenstruelles par des injections de ces extraits. Mais les produits employés ne sont pas toujours de même activité physiologique. Un asthme a guéri par la folliculine, l'autre par la lutéine, l'autre par la testostérone même et plus rarement par l'association d'extraits d'hypophyse ou d'hormone gonadotrope. Carlo Alice dans ses vingt observations nous donne la preuve de cette activité variable et presque paradoxale et qu'on peut expliquer par l'étude attentive du cycle des sécrétions ovariennes.

***

L'ovaire commence à sécréter la folliculine dès le troisième jour après les règles et jusqu'au quinzième. A ce moment il sécrète la progestérone ou la lutéine qui persiste jusqu'au vingt-sixième jour. A ce moment se produit un silence dans les sécrétions de l'ovaire et c'est à ce moment même qu'apparaît l'asthme. Il disparaît au contraire lorsque ces sécrétions se remettent en route. Dans ce silence, dans cet *hiatus* ovarien il n'y a plus dans l'organisme que les hormones hypophysaires. On peut se demander si la persistance, la prédominance, l'exclusivité de ces hormones n'a pas dans la production de l'asthme plus d'importance que l'absence de telle ou telle sécrétion ovarienne ou leur succession, d'autant que les sécrétions hypophysaires outre leur action gonadotrope exercent une action léiotonique et que rien ne vient plus les contrebalancer.

Cela explique fort bien l'asthme menstruel, cela explique aussi la suppression de l'asthme par la grossesse et aussi son apparition à la ménopause.

Cela explique fort bien encore l'action analogue ou identique des injections de l'une ou l'autre de ces substances, indifféremment.

Mais cela n'explique malheureusement pas que l'asthme apparaisse *parfois* pendant la grossesse ou s'exagère avec elle. Ici folliculine, lutéine sont abondantes et l'on ne peut invoquer leur défaillance. Peut-être doit-on admettre qu'elles perdent leur action devant tant d'autres substances que déverse la grossesse et qu'elles peuvent se trouver ainsi insuffisantes. D'ailleurs je répète que beaucoup d'asthmes dits gravidiques ne sont que des polypnées banales et non des asthmes vrais, souvent nerveuses, parfois cardiaques ou respiratoires très proches de ce que l'on appelle les accidents gravido-cardiaques.

Je crois donc que le traitement de l'asthme ovarien, de cet asthme qui apparaît aux règles et cesse avec elles, qui regresse habituellement à la grossesse et reparaît après elle, qui se manifeste à la ménopause, est essentiellement la folliculine ou la progestérone dans les jours qui précèdent les règles et cela indifféremment. La parenté chimique des deux substances explique bien leur activité parfois analogue.

Il est inutile de préciser la préparation Le commerce nous en offre de nombreuses et excellentes. L'injection sous-cutanée vaut mieux que l'absorption buccale, car il faut aller vite, et trois ou quatre injections, faites chacune quotidiennement, peuvent suffire.

En conclusion, l'asthme reste toujours une dystonie végétative, respiratoire, à expiration prolongée, éosinophilique, histaminique. Il peut être déclenché au cours du cycle génital à ce moment même du silence des deux sécrétions ovariennes arrivées à bout de course, à l'hiatus de la sécrétion ovarienne.

Le traitement préventif de l'asthme ovarien doit être la folliculine ou la lutéine par voie parentérale.

Etudes médicales philosophiques (Lyon) : *Médecine et Travail* (1re série), par MM. Audin, J. Charrat, A. Garbit, L. Granier, J. Hermann, P. Mazel, H. Naussac, J. Récamier, H. Rigot, G. Richard, J. Soubrane. Un volume in-8, 368 pages. Prix : 40 francs. Librairie Lavandier, Lyon.

Le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques publie aujourd'hui des études qui avaient fait l'objet des réunions de travail de l'hiver 1938-1939. Ces rapports n'ont rien perdu de leur valeur scientifique ou bien apparaissent comme de précieux témoignages sur l'état économique des années passées.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la douleur gastrique [1]

Par M. **A. VARAY**
Ancien chef de clinique médicale
Médecin-assistant à l'hôpital Saint-Antoine

Parce qu'il doit être clinique, pathogénique et étiologique, le traitement de ce symptôme, si commun en apparence, illustre la tendance moderne de la thérapeutique.

I. L'analyse clinique permet d'abord d'exclure ce qui ne revient pas à l'estomac, à quoi les malades tendent à rattacher toute sensation douloureuse abdominale. Par l'interrogatoire, qui est le temps capital en pathologie gastro-entérologique, le clinicien discerne la qualité de la douleur, son acuité, son siège et ses irradiations, sa durée, ce qui le calme et ce qui l'aiguise, son horaire et surtout cet éloquent caractère de périodicité ou d'apériodicité, sur quoi Gutmann a justement insisté.

Avec M. Loeper, on peut classer les douleurs gastriques en quatre types différents. Les plus fréquentes sont des *sensations* de plénitude et de distension, apparaissant immédiatement après le repas, accompagnées de symptômes d'ordre neuro-végétatif. D'autres sont des *brûlures*, tantôt œsophagiennes (pyrosis), tantôt gastriques. On connaît bien les caractères des *douleurs tardives* ou *semi-tardives* atténuées par l'ingestion d'aliments, à type de crampe ou de torsion, souvent d'irradiations dorsales, se répétant chaque jour aux mêmes heures, mais s'inscrivant dans « une période douloureuse » de plusieurs semaines, avec intervalles de santé parfaite. Enfin les *crises gastriques* ont un début brusque et une terminaison instantanée : l'intensité atroce du paroxysme, l'adjonction de vomissements et de signes nerveux impriment également à ce syndrome sa physionomie spéciale. De ces quatre types, on peut rapprocher les douleurs *térébrantes*, continues, intenses, qui sont en réalité extra-gastriques (érosions pancréatiques, infiltrations cancéreuses métastiques, envahissement du pédicule nerveux de l'estomac).

II. La pathogénie s'efforce d'expliquer le mécanisme des douleurs. Il serait séduisant d'invoquer *l'hyperchlorhydrie* dans la genèse de certaines d'entre elles et en particulier des brûlures. En réalité, avec les progrès du tubage, on sait qu'il n'en est rien. Ce que l'hyperchlorhydrie a perdu, la *gastrite* l'a regagné. Un état inflammatoire directe de la muqueuse, une congestion œdémateuse anaphylactique, apparaissent souvent aux yeux de l'observateur au moyen de la gastroscopie. Comme l'a montré F. Moutier, bien des états considérés comme fonctionnels ont un substratum gastritique et organique, d'autre part l'exagération du reflux biliaire ou sa durée ont été invoqués ainsi que l'hypersensibilité de la muqueuse, peut-être par diminution du mucus (Loeper).

Le *spasme* a été invoqué par Soupault à l'origine de la douleur tardive et de la crampe. Ce n'est pas constant, car on peut constater un spasme à la radioscopie sans que la malade en souffre. Cependant, il est bien certain que le contact d'une muqueuse ulcérée ou enflammée avec le suc gastrique, normal ou hyperacide, engendre une contracture violente et douloureuse de l'anneau pylorique, voire du cardia dans certains cas.

Enfin, le rôle du *système nerveux*, évident quant au mécanisme de transmission, peut être invoqué aussi directement soit par hyperesthésie ou déséquilibre du système neuro-végétatif, soit pas *gastro-névrite*, avec englobement direct des filets nerveux dans un processus inflammatoire ou scléreux ainsi que l'a montré M. Loeper.

III. Quant à l'étiologie des douleurs, elle ressort de leur étude et de celle des autres symptômes. Les ptoses et les « léiasthénies » (Loeper et Baumann), la dystonie neuro-végétative (Fiessinger) d'une part, les dyspepsies d'une autre et enfin les affections organiques de l'estomac, ulcères, gastrites, cancers, s'en partagent la responsabilité, suivant les modalités précitées et avec des combinaisons multiples et forcément moins tranchées que les exemples schématiques que nous avons étudiés.

IV. Fort de ces prémisses, le thérapeute peut étudier le matériel médicamenteux et les indications de chaque drogue. Toutefois il s'adresse d'abord au *régime* qui supprime les mets irritants, aux *applications chaudes* post-prandiales, au *repos* physique et moral, dont l'action est si importante.

A) La *médication alcaline* qui a connu une grande vogue parallèle à celle de l'hyperchlorhydrie, puis une grande désaffection, ne mérite ni cet excès d'honneur, ni cette indignité. Le *bicarbonate de soude* en est l'élément type. Il n'est pas sûr qu'il abaisse la chlorhydrie, mais son effet analgésique certain semble s'exercer par le gaz carbonique qu'il dégage. On a beaucoup discuté sur les doses et le mode d'administration. Mathieu conseillait les doses fractionnées de 1 gramme, deux, trois, quatre et cinq heures après chaque repas ; Debove les doses massives de 10 à 20 grammes ; Hayem la dose unique de 5 à 10 grammes. Le *citrate de soude*, à la dose de 2 à 6 grammes par jour en paquets ou comprimés (non en cachets, car il est déliquescent), est également un excellent alcalin, de même que le *carbonate de chaux* ou craie préparée, à la dose de 1 à 10 grammes. Le *phosphate tribasique* de chaux (1 à 10 grammes) et *l'eau de chaux* (20 à 150 grammes en potion ou dans du lait). La *magnésie* existe sous trois formes : magnésie calcinée légère (2 à 3 grammes) ; magnésie hydratée ou hydrate de magnésie ; carbonate de magnésie ou magnésie blanche (tous deux de 2 à 10 grammes). Leur action laxative est à connaître.

On peut naturellement associer ces médications. Voici quelques exemples de formules alcalines :

Bicarbonate de soude	20 grammes
Hydrate de magnésie	āā 10 grammes
Craie préparée	
Phosphate de chaux	

par cuillerée à café délayée dans un peu d'eau (Loeper).

Bicarbonate de soude	0,75
Craie	āā 0,75
Magnésie calcinée	
Poudre de feuilles de belladone	1,2 centigramme

pour un cachet trois ou quatre fois par jour.

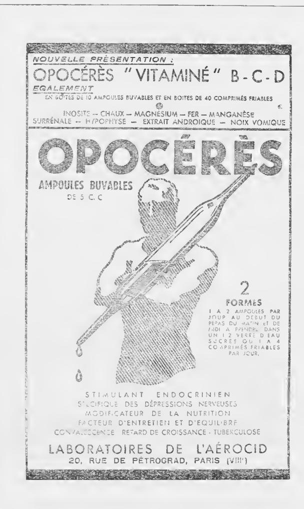
B) Les *pansements gastriques* ont des indications très larges : dyspepsies, gastrites, ulcères. Les *sels de bismuth* représentent le topique par excellence, bien que leur mécanisme soit encore mal connu. On invoque leur pouvoir protecteur direct ou indirect (hypersécrétion de mucus) sur la muqueuse, leur rôle absorbant, leur action modératrice sur les spasmes, sédative sur le système nerveux. M. Loeper résume ainsi les indications du pansement bismuthé : efficace dans la plupart des gastropathies douloureuses, il calme les douleurs tardives des hyperchlorhydries, facilite la cicatrisation de l'ulcère qu'il préserve du contact du suc gastrique et des aliments, fait disparaître les symptômes si pénibles des dyspeptiques aérophages, même s'ils n'ont pas d'hyperchlorhydrie (Le Noir et Agasse-Lafont), évite enfin les réactions inflammatoires des nerfs et atténue le réflexe qui part de la muqueuse enflammée. On emploie couramment le *sous-nitrate* ou le *carbonate* aux doses de 5, 10 ou 15 grammes, le matin avant le petit déjeuner ou avant les repas. Il faut tenir compte du caractère constipant des petites doses et laxatif des grosses doses. Le *kaolin* ou silicate d'alumine est un succédané un peu moins actif mais moins onéreux, dont la substitution au bismuth s'impose du fait des circonstances actuelles. Les doses sont les mêmes. Le *talc* ou silicate de magnésie a également un rôle protecteur.

Voici quelques formules :

Sous-nitrate de bismuth ...	10 à 20 grammes
ou	
Carbonate de bismuth	10 à 20 grammes

(1) Leçon faite à la clinique thérapeutique de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur M. LOEPER).


PRODUITS BONTHOUX
VILLEFRANCHE s/S. RHÔNE
FLUXINE
EVONYL
FORMULE
JACQUEMAIRE
N° 60


NOUVELLE PRÉSENTATION :
OPOCÉRÈS "VITAMINÉ" B-C-D
EGALEMENT
EN BOITES DE 10 AMPOULES BUVABLES ET EN BOITES DE 40 COMPRIMÉS FRIABLES
INOSITE — CHAUX — MAGNÉSIUM — FER — MANGANÈSE
SURRÉNALE — HYPOPHYSE — EXTRAIT ANDROIQUE — NOIX VOMIQUE
OPOCÉRÈS
AMPOULES BUVABLES
DE 5 C. C
2
FORMES
1 A 2 AMPOULES PAR JOUR AU DEBUT DU REPAS DU MATIN ET DE MIDI A PRENDRE DANS UN 1/2 VERRE D'EAU SUCRÉE OU 1 A 4 COMPRIMÉS FRIABLES PAR JOUR.
STIMULANT ENDOCRINIEN
SPÉCIFIQUE DES DÉPRESSIONS NERVEUSES
MODIFICATEUR DE LA NUTRITION
FACTEUR D'ENTRETIEN ET D'EQUILIBRE
CONVALESCENCE RETARD DE CROISSANCE - TUBERCULOSE
LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS (VIII°)

Carbonate de bismuth		
Poudre de talc	}	ââ 5 grammes
Kaolin		

pour un paquet.

Poudre de talc	} ââ 10 à 15 grammes
Poudre de kaolin	

pour un paquet.

M. F. Ramond recommande la gélatine :

Gélatine	10 grammes
Gélose	2 grammes
Glycérine	20 grammes
Sirop de groseille	50 grammes
Eau .... Q. S. P... ..	250 grammes

M. Loeper et Turpin ont préconisé le *borate de soude*, qui est topique, alcalinisant, antiseptique et sédatif :

Citrate de soude .... }	ââ 10 grammes
Borate de soude .... }	
Eau	200 grammes

1 à 3 cuillères à soupe en dehors ou au milieu des repas.

Enfin, le traitement préconisé par M. Moutier dans les gastrites est le *collargol* :

Collargol	2 grammes
Eau	300 grammes

par cuillères à soupe, une avant chaque repas.

C) Les *antispasmodiques* et les *sédatifs gastriques vago-sympathiques* comptent au premier rang la *belladone* et *l'atropine*. Leur action paralysante sur le pneumogastrique, nerf excito-moteur et excito-secrétoire du tube digestif (Loeper) et leur action inhibitrice sur les muscles lisses trouvent de nombreuses indications.

Voici la posologie :

Poudre de belladone....	0,01 à 0,05
Teinture de belladone...	X à XXX gouttes
Sulfate d'atropine......	un demi à un milligramme

La *jusquiame est*, comme la belladone, une solanée, riche en atropine, en hyosciamine et hyoscine.

Poudre de jusquiame ...	0,03 à 0,10
Teinture de jusquiame..	X à XXX gouttes
Hyosciamine	un quart de milligramme.

L'ésérine, alcaloïde de la fève de Calabar, est au contraire un paralysant du système sympathique. C'est le médicament du syndrome solaire, des dyspepsies. On prescrit le salicylate neutre ou le sulfate en granules d'un quart de milligramme à chaque repas, le salicylate de génésérine (Polonowski et Nitzberg) à la dose d'un ou deux granules d'un demi milligramme ou de X à XX gouttes de la solution au millième.

D) Enfin, les *analgésiques* proprement dits trouvent des indications dans ces douleurs gastriques intenses. Tous les *opiacés* sont très calmants, mais doivent être utilisés avec parcimonie en raison, outre l'accoutumance, de leur action déprimante sur l'appétit, les sécrétions digestives et la motricité intestinale. Une cuillerée à café *d'élixir parégorique*, X gouttes de *Laudanum*, X gouttes de *Magendie* ou de *Gallard*, l'injection d'un centigramme de *morphine* représentent les doses habituelles qui peuvent être renouvelées une ou deux fois dans le cours de la journée (Savy).

Le *chanvre indien* sous forme d'extrait gras, la *ciguë* sous forme de bromhydrate de cicutine (un à trois milligrammes par jour), le menthol (0,05 à 0,10) en potion alcoolisée peuvent trouver des indications. Les *bromures* ne comprennent que le *bromure de sodium* qui n'irrite pas la muqueuse gastrique (un ou deux grammes) ou le *bromure d'or*. En cas de grande douleur ou de crise paroxystique, on peut avoir besoin de *l'eau chloroformée* (3 à 4 cuillerées à soupe dans partie égale d'eau), de *l'éther* en perles ou dilué X à XX gouttes dans de l'eau sucrée ou une à deux cuillerées à soupe de sirop d'éther du Codex, ou encore XX à XXX gouttes de liqueur d'Hoffmann (mélange à parties égales d'alcool et d'éther). La *cocaïne* peut être utilisée de la façon suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	dix centigrammes
Eau de laurier-cerise........	10 grammes

XX gouttes ou un centigramme de cocaïne dans un peu d'eau, toutes les dix minutes, jusqu'à cessation des douleurs. Ne pas dépasser C gouttes par 24 heures (Savy).

Tous ces médicaments s'adressent à des symptômes. Il va sans dire que le traitement de la maladie ne saurait être différé et que la douleur peut en changer les indications. C'est ainsi que la douleur persistante et intense d'un ulcus poussera à la chirurgie, que les douleurs épigastriques d'une lithiase biliaire réclament parfois la cholécystectomie, que les crises gastriques du tabès nécessitent des traitements spéciaux. La diathermie vaincra des douleurs adhérentielles très rebelles.

Dans tous les cas, la thérapeutique de la douleur gastrique doit être rationnelle pour être efficace.

SOCIÉTÉS SAVANTES



ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1942

Sur les essais de traitement et de réadaptation de certains états mentaux, dans un but d'utililisation sociale. — *M. H. Claude*. — Qu'il s'agisse de faits étiquetés démences précoces, de psychoses périodiques, de schizophrénies vraies, les méthodes modernes de réadaptation psycho-biologiques, appliquées à la suite des méthodes thérapeutiques de choc pourront rendre les plus grands services.

Ces méthodes comportent une période d'abord de traitement physique, dans des conditions cliniques spéciales, puis un traitement de réadaptation psycho-sociale qui complètera et renforcera le traitement physique et pourra éviter les rechutes auxquelles sont exposés ces malades quand on les replace trop vite dans la vie normale. Il y a un effort à réaliser, qui n'a pas encore été fait, pour ramener à une utilisation sociale pratique, cette catégorie de malades qui abandonnés à eux-mêmes dans les établissements administratifs sont une charge pour l'Etat et constitue un abandon déplorable au point de vue moral.

Secret professionnel et fiscalité. — L'Académie de médecine a protesté avec succès en 1934 contre les mesures fiscales, qui mettaient en cause le secret professionnel et aboutissaient à assimiler la profession médicale à une profession commerciale.

Elle renouvelle aujourd'hui ses protestations avec d'autant plus de conviction que pour un bénéfice fiscal des plus aléatoires, les mêmes mesures sont reprises aggravées par l'obligation pour les malades de dénoncer leurs médecins, pour les médecins de dénoncer leurs confrères.

Elle assure de son appui moral le Conseil Supérieur de l'Ordre dans l'action qu'il a entreprise dès la promulgation de la loi fiscale et qu'il poursuit pour obtenir l'abrogation des clauses vexatoires de cette loi.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine et spécialités médicales).

Classement des candidats. — En première ligne : M. Trémolière.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Ameuille, Aubertin, Lhermitte, Sezary, Troisier.

Adjoints par l'Académie : MM. Chiray, Leroux, Pruvost. Touraine.

M. Trémolières est élu par 43 voix.

Ont obtenu : MM. Lhermitte, 13 voix ; Ameuille, 5 ; Aubertin, 2 ; Chiray, 2 ; Pruvost, 2 ; Sézary, 2 ; Troisier, 2.

Séance du 5 mai 1942

La pathogénie du diabète insipide humain. — *M. Raoul Kourilsky.* — Depuis quarante ans, les données physiologiques fournies par l'expérimentation, ont contribué à établir que le diabète insipide humain — considéré autrefois comme une névrose de la soif — était avant tout une polyurie.

Des recherches physiopathologiques entreprises par l'auteur depuis 1928 chez huit malades atteints de diabète insipide, lui ont démontré que cette pathogénie couramment admise était inexacte et que le trouble essentiel du diabète insipide humain n'est pas la polyurie, mais la soif, conformément à l'opinion ancienne de Grisolle et de Trousseau.

En effet :

1° La soif peut apparaître comme le signe initial de la maladie — pendant la polyurie — au cours d'intervention neuro-chirurgicale ou spontanément. Dans 7 cas sur 8, la soif tient le premier plan du tableau clinique, sa précession étant retenue trois fois sur huit. L'étude bibliographique montre la fréquence de la précession de la soif (23) contre celle de la polyurie (3) sur 44 observations.

2° La neuro-chirurgie a démontré que, dans un cas de diabète insipide guéri par l'ouverture d'un kyste arachnoïdien de la base, la soif disparaît la première instantanément, la polyurie s'alignant ensuite sur le taux des boissons redevenu normal.

3° L'ingestion volontaire et prolongée de grosses quantités d'eau chez le sujet normal reproduit certains troubles physiopathologiques constatés dans le diabète insipide humain, sur lesquels on s'est basé pour établir l'existence, soit d'un trouble de la concentration urinaire en Na Cl, soit d'un trouble tissulaire dit « d'hydrophobie », responsable de la déshydratation et de la soif, alors qu'ils en sont au contraire la conséquence.

Ces résultats, confirmés par des expériences très récentes sur l'animal, établissent que la cause du diabète insipide réside avant tout dans un dérèglement de l'appareil de régulation de la soif, siégeant vraisemblablement dans la région hypothalamique. Ce trouble existe indépendamment de la perturbation du centre diurétique situé dans la même région. Il est également soumis à l'influence du lobe postérieur de l'hypophyse.

Il faudrait revacciner systématiquement les détenus. *M. Maurice Perrin* (de Nancy) montre qu'il serait opportun d'instituer la vaccination systématique dès l'incarcération, ainsi qu'une surveillance de l'état de santé des détenus lors de leur libération, même lorsque leur détention n'a duré que peu de jours.

Etude du pouvoir pathogène de l'actinomyce ondulans. — *M. A. Sartory.*

Election d'un membre titulaire dans la IIe section (Chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

Classement des candidats. — En première ligne M. Mocquot.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bazy, Labey, Mondor, Robineau et Cl. Vincent.

Adjoint par l'Académie : M. Heitz-Boyer.

M. Mocquot est élu par 60 voix.

Ont obtenu : M. Bazy, 6 voix ; M. Labey, 4 voix ; M. Mondor, 1 voix ; M. Clovis Vincent, 1 voix ; M. Heitz-Boyer,, 1 voix.

Séance du 12 mai 1942

La carie dentaire chez les enfants est un fléau social. — *MM. Dechaume* et *Cauhépé.* — La carie est un fléau social : par sa fréquence (87 % des enfants ont des caries) ; par les troubles qu'elle provoque (douleurs, troubles d'assimilation, de croissance, infections générales, troubles du développement intellectuel).

Il ne suffit pas, pour prévenir les complications, d'extraire les dents ; ces extractions prématurées comportent de nombreux inconvénients.

Il faut, disent les Auteurs, mettre en œuvre une thérapeutique conservatrice. Elle peut être réduite par l'utilisation de la technique rapide et efficace de désinfection dentaire par l'ozone.

Il faut surtout concevoir une lutte coordonnée contre la carie dentaire, non dans le cadre d'une hygiène dentaire isolée (le brossage des dents est utile mais insuffisant), mais dans celui de l'hygiène médicale générale en étudiant le rôle de l'alimentation en particulier et assurant l'enseignement de l'hygiène et de la prophylaxie dentaire non seulement aux enfants et à leurs parents, mais surtout aux futurs medecins et spécialistes.

Cinq cas de tétanos généralisé guéris par la séro-anatoxithérapie — *MM. Henri Bonnet* et *P. Froment* rapportent 5 cas de tétanos généralisé, de la plus haute gravité, traités par la séro-anatoxithérapie, suivant une méthode comparable utilisées dans la diphtérie, c'est-à-dire dose unique et massive de sérum (120.000 unites en 24 heures suivie d'injections répétées d'anatoxine (une tous les 5 jours à la dose de 2 c. c.)

C'est là une méthode qui comportera peut être des modifications. Mais il est acquis qu'il faut associer anatoxine et sérum dans le traitement du tétanos.

Election d'un membre libre. — Classement des candidats : En première ligne : M. Tréfouel.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Armand-Delille, Godlewski, Jayle, Kling et Lassablière.

M. Tréfouel est élu par 64 voix.

Ont obtenu : M. Armand-Delille, 12 voix ; M. Godlewski, 5 ; M. Lassablière, 2 ; M. Kling, 1.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1942

Un cas de tétanos post abortum. — *M. Sicard.*

Les fractures du bassin. — *M. Lepoutre* insiste sur la fréquence souvent méconnue de l'atteinte du sacrum au cours des gros accidents pelviens.

Traitement actuel de l'hypertrophie prostatique. — *M. Heitz-Boyer* distingue tant cliniquement qu'au point de vue thérapeutique la « cirrhose hypertrophique ou atrophique » de la prostate de l'adénome prostatique typique. La prostatite hypertrophiante a des cavités kystiques infectées et une allure inflammatoire. Elle est justiciable de la résection endoscopique qui est la méthode de choix. Le traitement hormonal n'agit qu'en amenant le relâchement du sphincter lisse. Son action est nulle dans la prostate hypertrophiante. Quant au traitement de l'adénome, il est d'abord chirurgical, soit endoscopique soit sanglant. Le traitement hormonal n'est qu'un adjuvant utile.

Fracture du cou de-pied traitée chirurgicalement. — *M. Basset* présente un excellent résultat.

Jean Calvet.

Séance du 6 mai 1942

Trombo phlébite dite par effort du membre supérieur. — *M. de Gérardier* a observé un cas typique de cette affection sans pouvoir mettre en évidence d'étiologie infectieuse. Des infiltrations stellaires améliorent la coloration du membre, et atténuent l'œdème Une résection veineuse axillo-humérale enlève une veine dilatee et thrombosée. Sans que la culture du caillot soit révélatrice elle amène la guérison absolue du malade. *M. Sicard* rapporteur.

Opération de Richer pour tuberculose vésicale. — *M. Gœthale-Borin. Rapport de M. Fay.* — Cette intervention d'énervation vésicale a donné un résultat excellent. Il en est ainsi en général, mais les indications sont exceptionnelles.

Fractures du rachis avec accrochage des apophyses articulaires. — *MM. Sicard* et *Endal* rapportent trois cas de cette variété rare des fractures dorso-lombaires. L'accrochage des apophyses articulaires gêne la réduction qu'on ne peut pas toujours obtenir malgré la mise en œuvre de l'extension continue associée à l'hyperlordose. Il faut alors enlever l'obstacle en réséquant un segment de l'apophyse articulaire de la vertèbre inferieure.

Quoiqu'il en soit cette complication aggrave sensiblement ces fractures dorso-lombaires dejà sérieuses par les troubles neurologiques qui les accompagnent dans ces formes.

Fibrome naso pharyngien. — *M. Truffert* cite un cas de volumineux fibrome naso-pharyngien hémorragique qu'il pût enlever après ligature des deux carotides externes. M.

Truffert étudie la pathologie de l'affection, discute la technique, anesthésie, voies d'abord et resultats par rapport aux méthodes radiothérapiques.

Kystes mucoïdes de l'ovaire et mucocèle appendiculaire. — *M. Moulonguet* rappelle que les épanchements gélatineux du péritoine dependent de la rupture soit d'un kyste mucoïde soit d'un diverticule de l'appendice. L'association des deux origines s'expliquerait par des analogies cellulaires entre le revêtement kystique et l'épithélium intestinal. L'ascite gélatineuse peut être parfois maligne par greffe des cellules kystiques néoplasiques sur le peritoine. La coexistence des atteintes ovarienne et appendiculaire s'expliquerait par un mécanisme nerveux : secrétion de mucus, accumulation, distension paralytique. En fait l'appendice serait un organe mucogène important, alors que le kyste ovarien contiendrait de la pseudomucine. De toute manière, il faut toujours examiner l'appendice quand on trouve un épanchement gélatineux péritonéal.

Fièvres post-opératoires. — *M. Leriche* pense que la fièvre post-opératoire par traumatisme sympathique est possible mais très rare. Les exérèses sympathiques étendues n'entraînent pas de température. S'il y en a cependant, faute en est à un léger hématome. La splanchnicotomie ne donne guère d'accidents hyperthermiques. Cependant la surrénale joue un rôle indiscutable, ses rapports avec la régulation thermique étant connu.

Trop d'éléments hyperthermisants peuvent intervenir pour qu'on puisse conclure. Il faudrait de l'expérimentation pour conclure.

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mai 1942

L'importance clinique de la soif dans le diabète insipide. — *MM. R. Kourilsky* et *J. Sicard* confirment leur conception sur l'importance de la soif dans le diabète insipide par des observations montrant la prédominance de la polydipsie sur la polyurie, soit que la soif précède, soit qu'elle domine le tableau clinique.

Ils pensent que la soif ne dépend pas d'une stimulation humorale ou tissulaire, mais d'une action nerveuse centrale, la polydipsie s'expliquant par une excitation anormale d'un centre hypothalamique de la soif.

M. May considère qu'il y a deux sortes de diabète insipide ; il est des cas où le diabétique continue à uriner même sans boire. Il faut tenir compte de la densité des urines, qui reste extrêmement basse.

Diabète insipide et concentration des chlorures urinaires — *M. Julien Marie* a étudié avec *M. Debré*, des diabétiques insipides, du point de vue de la concentration du NaCl urinaire : il existe chez ces malades une diminution du pouvoir concentrateur du rein pour NaCl.

Oxycarbonémie endogène et acrocyanose. — *M. Maurice Loeper* a observe que des malades atteints d'engelures, d'acrocyanose, de maladie de Raynaud étaient souvent oxycarbonémiques. Ces accidents, attribués au spasme vasculaire et à l'hypotension périphérique, seraient liés à la production de CO.

Il y aurait peut être un rapport entre cette oxycarbonémie et le déséquilibre de notre alimentation qui contient trop d'hydrates de carbone et un déficit de substances azotées.

Pour faciliter l'assimilation des glucides, M. Loeper a utilisé l'amide nicotinique, qui a donné d'excellents résultats.

Action de la vitamine PP dans deux cas d'acrodynie infantile. — *MM. Hugues Gounelle, Yves Raoul* et *Albert Vallette* soulignent que le succès obtenu par l'administration de nicotinamide dans deux cas d'acrodynie infantile donne à penser que certains syndromes acrodyniques doivent entrer dans le cadre des maladies nutritionnelles.

Ils pensent qu'ils représentent une forme clinique, particulière à l'enfance, avec syndrome majeur d'avitaminose PP.

M. Comby rappelle deux cas familiaux d'acrodynie infantile.

M. Ribadeau-Dumas a obtenu de bons résultats avec la vitamine K.

Image pseudo lacunaire disproportionnée de l'antre pylorique. — *MM. Guy Albot, Cl. Olivier, C. Beaugeard* et *H. Ruel* apportent le cas d'un épithelioma *in situ* purement localisé à la muqueuse de la région pylorique et immédiatement pre-pylorique qui s'est revélé par une image anorganique d'amputation de l'antre.

Le test therapeutique a fait disparaître cet aspect fonctionnel pseudo-lacunaire pour déceler seulement un effilement rigide du canal pylorique.

Le chirurgien prevenu du peu d'étendue de la lésion, n'hésitera pas cependant devant la gastrectomie.

Cancer primitif du poumon chez un enfant de 3 ans et 10 mois. — *MM. R. Poinso, P. Laval* et *R. Lassave* (de Marseille) ont observé chez un enfant un syndrome de grand épanchement pleural gauche, d'abord séreux, puis hémorragique. L'image radiologique montre un hémithorax sombre et une dextrocardie totale. Évolution rapide, en un mois, vers la mort, par asphyxie.

L'autopsie decèle une pleurésie médiastinale gauche ; le cancer envahit le poumon gauche dans sa quasi-totalité, les ganglions mediastinaux et se manifeste dans le poumon droit sous forme de cinq à six petits nodules arrondis. Histologiquement il s'agit d'un épithélioma à petites cellules. L'on note de plus une importante sclérose pleurale et des phénomènes d'angio-réticulose dont l'intensité soulève le problème d'une malformation préexistant à la tumeur.

Syndrome neuro-anémique avec mélanodermie. — *M. Gaté* (de Lyon) rapporte un cas de polynevrite avec phénomènes comitiaux et anémie aiguë aplastique associés à une mélanodermie.

Mégadolichocolon et mégaœsophage. — *M. Ledoux* (de Besançon) rapporte l'observation d'une femme ayant présente un syndrome d'occlusion intestinale et chez laquelle on découvrit, outre une dextrocardie, un mégadolichocolon et un mégaœsophage. Ce cas est en faveur d'une pathogenie sympathique.

Séance du 8 mai 1942

L'état des tissus dans le diabète insipide. — *MM. Raoul Kourilsky, Jacques Sicard* et *J.-J. Galley* ont pu contrôler, chez une malade opérée d'un kyste arachnoïdien de la base du cerveau et guérie subitement d'un diabète insipide, l'etat des tissus avant, pendant et après l'opération, au moyen de la courbe de poids, des épreuves de restriction des boissons et de chloruration, de prélèvements de liquide interstitiel, par cryo-cautérisation. Ils mettent en évidence, avant l'opération, une rétention d'eau survenue dès l'installation du diabète insipide ; cette rétention cesse avec la restriction des boissons, augmente avec la chloruration ; elle est perceptible par la malade elle-même. Elle cessa définitivement aussitôt après l'opération : la malade subit une brusque chute de poids et ne récupéra plus son poids initial ; les tissus sont assouplis, le temps de résorption de la boule d'œdème augmente subitement.

Les troubles tissulaires variables (rétention ou déshydratation) qui ont été notes dans le diabète insipide sont, en réalité, contingents ; la cause du diabète insipide ne doit plus être cherchée dans un trouble tissulaire : elle résulte d'une perturbation de l'appareil hypothalanohypophysaire déréglant avant tout le centre de la soif.

Sur un cas de maladie d'Addison. — *M. Loeper* présente un malade atteint de maladie d'Addison équilibrée par implantation dans la peau de un gramme de désoxycorticostérone. Ce taux suffit à réduire l'asthénie, mais a laissé persister la mélanodermie.

Coma hypoglycémique au cours d'un myxœdème. — *MM. Duvoir, Pommeau Delille, Deprez* et *Mlle Lindeux* rapportent une observation de coma hypoglycémique survenu à la suite de restrictions alimentaires que la malade s'était imposee pendant quelques jours. Le syndrome semble avoir aggravé les troubles d'assimilation des hydrates de carbone. Les auteurs discutent le mécanisme de l'hypoglycémie.

50 cas de sciatique rebelle soumise à l'épreuve du lipiodol. Rappel technique. Résultats. Conclusions pratiques. — *MM. Ledoux-Lebard, Nemours Auguste* et *S. de Sèze.* — Dans 41 cas de sciatique rebelle sur 50 cas examinés, l'épreuve du lipiodol a mis en évidence un défaut de remplissage accompagné ou non d'un arrêt temporaire du transit, à la hauteur de l'un des deux derniers disques lombaires.

Sur ces 41 malades ayant donné un résultat positif, 21 ont été opérés par Petit-Dutaillis : dans les 21 cas sans exception,

la hernie discale présumée a été trouvée à l'intervention, là où le lipiodol avait permis de la localiser.

Ces résultats confirment à la fois : 1° la grande fréquence de la hernie discale postérieure comme cause de sciatique grave de cause traumatique ou d'apparence primitive ; 2° la grande valeur des signes radiologiques fournis par l'épreuve du lipiodol pour le diagnostic de la hernie discale postérieure.

Les auteurs terminent par des considérations d'ordre pratique sur les inconvénients immédiats et tardifs de l'épreuve du lipiodol, qui doit être réservée au cas de sciatiques très rebelles.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Maladie de Paget et traumatisme

A côté des remaniements pagétoïdes localisés, il est des cas où une maladie de Paget typique paraît bien succéder à un traumatisme. MM. Coste, Morin et Capron (*Gazette médicale de France*, n° 4, février 1942), publient six observations, extraites d'un total de 26 cas, où l'intervention causale d'un traumatisme paraît bien probable.

A propos de ces cas se pose un problème médico-legal dont la solution, pour l'instant, repose sur le bon sens et l'étude approfondie de chaque malade.

Les sulfamides en ophtalmologie

Sur 121 malades soumis à la sulfamidothérapie, M. R. de Saint-Martin (*Annales d'Oculistique*, n° 1, 1942) a constaté une proportion de succès de 92,16 p. cent, tandis que celle des échecs ne dépassait pas 7,43.

Les succès ont été à peu près absolus dans les conjonctivites, dacryocystites, ulcères cornéens, kératites diverses, aussi bien que dans les plaies du globe infectées.

Sur ces 121 malades, des phénomènes d'intolérance n'ont été notés que dans une proportion de 5,78 p. 100 ; encore ont-ils été bénins et la diminution des doses a permis d'obtenir une tolérance parfaite.

Streptocoque et scarlatine

L'étiologie streptococcique de la scarlatine a été depuis longtemps invoquée et ne semble pas pouvoir être mise en doute. Ph. Lesbre (*Presse médicale*, 10 avril 1942) estime que, dans l'état actuel de la question, il faut admettre que la scarlatine est due, soit à l'intervention d'un streptocoque non spécifique dans des conditions particulières de réceptivité, soit à l'action synergique d'un virus filtrant spécifique et d'un streptocoque non spécifique.

L'observation d'une épidémie d'une cinquantaine de cas, où il a toujours rencontré le *streptococcus conglomeratus*, lui permet de conclure pratiquement que la prophylaxie anti-scarlatineuse doit être basée sur une specificité toute relative d'épidémie et non sur une spécificité streptococcique absolue. Elle limitera dans tous les cas l'expansion épidémique par le dépistage et le traitement rationnel des porteurs des germes. L'emploi des sulfamides les plus adaptés au streptocoque permettra enfin de réduire jusqu'au quart la durée classique d'isolement.

Les pleurésies purulentes pneumococciques de l'enfant et la thérapeutique sulfamidée

Sur sept enfants atteints de pleurésie purulente pneumococcique, dont MM Desbuquois, Moore et Lesage rapportent les observations (*Gazette médicale de France*, n° 4. février 1942), deux seulement ont guéri sans intervention chirurgicale, à la suite de ponctions évacuatrices et d'un traitement sulfamidé général et local. Un est décédé rapidement, succombant a une septicémie méningococcique et cela malgré le traitement sulfamidé ; les quatre autres n'ont guéri que grâce à l'intervention chirurgicale. Ce qui permet aux auteurs de conclure : 1° à la valeur de la pleurotomie dans le traitement des pleurésies purulentes pneumococciques de l'enfant, à condition de ne point trop se hâter pour faire cette pleurotomie ; 2° à l'utilité d'essayer, dans ces cas, la sulfamidothérapie, par voie buccale et en injections intra-pleurales.

Les purpuras au cours de l'infection tuberculeuse

D'après MM. Brun et Gonin (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mars 1942), les purpuras peuvent survenir à tous les stades de l'infection tuberculeuse. Il y en a qui sont symptomatiques d'une primo-infection latente, d'autres qui accompagnent les tuberculoses extra-pulmonaires de la période secondaire ; d'autres enfin qui surviennent au cours des poussées évolutives de la période tertiaire ; enfin le purpura peut être symptomatique de tuberculoses généralisées ou de granulies, quelle que soit la période du cycle de l infection tuberculeuse.

Le terme de purpura pré-tuberculeux prête à confusion, car des poussées purpuriques survenant avant la tuberculose chronique du stade tertiaire, sont cependant sous la dépendance du bacille de Koch ou de ses toxines.

Leur symptomatologie est très variable et n'a rien de caractéristique.

Les purpuras primaires témoignent d'une imprégnation bacillaire importante ; au début de la phase tertiaire, les purpuras sont presque toujours annonciateurs d'une forme d'évolution sévère.

Le cancer bilatéral du sein

Le cancer bilatéral du sein est intéressant par sa pathogénie encore obscure et par son pronostic toujours discuté. MM. Ménégaux et Jacquemin (*Revue Médicale Française*, mars 1942), à l'aide d'une statistique portant sur douze observations du service du Professeur Lenormant, reprennent une étude d'ensemble de cette question.

La localisation bilatérale se retrouve avec un pourcentage de 3,27 % des cancers du sein. Rarement l'affection se traduit par une mastite carcinomateuse, se développant chez une femme enceinte ou nourrice, avec une évolution suraiguë.

Les formes chroniques, beaucoup plus fréquentes, peuvent se développer sur une maladie kystique de Reclus. Ces cancers sont alors moins graves, d'évolution moins rapide que les autres et envahissant plus tardivement les ganglions.

L'aspect clinique du cancer double ne présente aucune particularité. Rarement les deux cancers sont simultanés, que les deux tumeurs soient parfaitement symétriques, ou qu'elles évoluent à peu de distance.

Plus souvent, la deuxième tumeur apparaît plus ou moins longtemps après l'amputation de la première.

Quant à la *pathogénie*, il est possible que les deux néoplasmes soient indépendants, lorsque le second se développe très longtemps après le premier, ou lorsqu'on décèle des lésions certainement indépendantes du système lymphatique, comme un épithélioma intracanaliculaire. Il en est de même pour les néoplasmes développés sur une mammite scléro-kystique.

Plus souvent le deuxième cancer est secondaire au premier. La théorie la plus vraisemblable est celle du transport par voie lymphatique.

Le *pronostic* du cancer bilatéral du sein est très mauvais. Les cancers doubles simultanés sont incontestablement plus graves que les successifs. Pourtant, lorsqu'il n'existe pas de contre-indication locale ou ganglionnaire, ni de métastases viscérales ou osseuses il faut appliquer au cancer bilatéral les règles thérapeutiques usuelles du cancer unilatéral, c'est-à-dire pratiquer la double amputation du sein.

La conduite de l'anesthésie d'après l'état du tonus vago-sympathique

Il faut renoncer à donner l'anesthésie, dit G. Pascalis (*Presse Médicale*, 10 mai 1942) sans s'être assuré du tonus vago-sympathique du patient. Pour le connaître on a la recherche du réflexe oculo-cardiaque.

Le pouls s'accélère chez les sympathicotoniques, que Pascalis appelle les résistants. Chez ces sujets, qui dorment mal, faire sur la table d'opération, alors que le contact de l'acier a montré l'insuffisance de l'anesthésie, une injection d'un milligramme d'ésérine ; si le résultat est insuffisant, une seconde injection et même une troisième d'un demi milligramme chacune, les petites doses répétées valant mieux qu'une massive. Pas de contre-indication à l'ésérine.

Le ralentissement du pouls s'observe chez les vagotoniques, qualifiés réceptifs par Pascalis, représentant environ 30 % des sujets, et dont 5 % sont des candidats à la syncope initiale. On les mettra à l'abri de tout risque en leur administrant par voie sous cutanée un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine, une demi heure avant la narcose, en raison de la lenteur d'action du médicament. Pas de contre-indications.

La syncope blanche qui peut survenir chez les réceptifs non injectés a un remède héroïque dans l'injection intra-cardiaque d'adrénaline. Mais porter de l'adrénaline dans le cœur au cours d'une syncope secondaire, dite *bleue*, est le plus sûr moyen d'achever le sujet. Au lieu de sensibiliser par l'adrénaline les ganglions inhibiteurs menacés, il faut les paralyser par l'atropine.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Le traitement de la sclérose en plaques

Maladie inflammatoire du système nerveux que nous soupçonnons, sans preuves biologiques à l'appui, être d'origine infectieuse, la sclérose en plaques semble depuis plusieurs années, en France tout au moins, marquer un temps d'arrêt quant à sa fréquence, car nous en observons moins de cas nouveaux qu'il y a une quinzaine d'années. Il est rare qu'elle s'installe rapidement avec sa symptomatologie complète d'emblée ; elle procède par *poussées successives* possiblement suivies de régressions. Toutefois, de telles agressions réitérées, séparées les unes des autres par des mois, voire des années finissent par additionner leurs effets nocifs si bien que l'évolution générale de la sclérose multiple suit dans la règle une courbe fatalement descendante avec comme aboutissant final l'impotence fonctionnelle plus ou moins complète (surtout des membres inférieurs) et l'état grabataire. Une semblable déchéance terminale de l'activité motrice du sujet apparaît plus tardive chez l'homme que chez la femme.

Quoi qu'aient voulu prétendre certains, il n'existe *aucun traitement spécifique* de la sclérose en plaques, mais nous possédons contre elle des armes qui, sans être radicales, sont susceptibles d'influencer favorablement l'intensité des poussées, d'aider à leur régression maxima, d'allonger les intervalles qui séparent les phases évolutives et, dans certains cas favorables, de fixer le processus morbide pour une longue période. la cristallisation d'une symptomatologie encore peu gênante pouvant pour un temps faire figure de guérison.

Il va de soi que c'est en s'attaquant aux formes jeunes de la maladie qu'on obtiendra les plus intéressants résultats d'où la nécessité d'un diagnostic précoce qui souvent n'est pas sans difficulté, la sclérose en plaques étant assez protéiforme dans ses modalités incipientes. En face d'un accident bizarre du système nerveux frappant plus ou moins discrètement et sans cause apparente le nerf optique, le nerf vestibulaire, la voie pyramidale, la voie cérébelleuse, il faut toujours émettre l'hypothèse d'une telle affection. Cette position d'esprit davantage pratique que scientifique, nous incitant à entrevoir des suites fâcheuses sérieuses à des manifestations primaires d'apparence bénignes, nous amènera à prescrire d'emblée un traitement énergique et à le poursuivre suffisamment longtemps par mesure de sécurité et malgré la guérison apparente.

Chez les sujets que nous voyons à l'occasion de troubles qui marquent le début de leur maladie — sujets vierges de toute thérapeutique — nous restons fidèles à la méthode que nous avons, les premiers, préconisés en 1926 avec notre maître Charles Foix et Maurice Lévy ; elle consiste dans l'administration intraveineuse du salicylate de soude. Si la médication est bien supportée au double point de vue général et local, pratiquer une injection intraveineuse quotidienne (sauf le dimanche) d'une ampoule de :

Salicylate de soude	2 grammes
Sérum glucosé à 10 %	20 c.c.

Série de vingt piqûres. Renouveler une série analogue pendant les deux mois suivants.

En cas de début oculaire (névrite rétro-bulbaire), nous donnons la priorité au cyanure de mercure intra-veineux. Injection quotidienne dans les veines du contenu d'une ampoule de :

Hg Cy	1 centigr.
Eau distillée	2 c.c.

Série de vingt piqûres. Le mois suivant, salicylate de soude (comme ci-dessus) et le mois suivant Hg Cy.

Ces trois premiers mois passés, nous établissons pour l'année qui va suivre un *traitement intraveineux panaché*, à raison d'une série de douze piqûres (trois par semaine), tous les trois mois en utilisant pour chaque série soit :

a) La solution aqueuse d'iodure de sodium à 5% (10c.c.), avec adjonction d'un centigramme de vitamine B ;
b) La solution d'iodobenzométhylformine (10 c. c.) ;
c) Le cyanure de Hg ;
d) Le salicylate de soude.

Dans les formes jeunes de la maladie surtout dans celles où l'élément cérébelleux l'emporte sur l'élément pyramidal, nous mettons en œuvre suivant la méthode de notre maître C. Vincent et de notre ami Krebs, la *pyréthothérapie* en utilisant le *vaccin T. A. B. de l'Institut Pasteur*, dont on fait préparer de manière aseptique des dilutions de concentration progressive dans 2 c. c. d'eau physiologique (quantité invariable), à raison d'une, de deux , de trois gouttes, etc..., pour arriver jusqu'à 12 gouttes. La série habituelle est de douze injections. Trois fois par semaine, on pratique l'injection intraveineuse d'une de ces dilutions en montant progressivement d'une à douze gouttes.

Pendant la durée du traitement, le sujet doit être maintenu au lit et à un régime léger. Les injections sont pratiquées dans la matinée, le sujet à jeun. Pas de réaction choquante à craindre au cours de la piqûre, ni dans les minutes qui la suivent. La *température* après l'injection doit être *prise toutes les heures et notée pendant douze heures.* La *réaction thermique* se déclanche, dans la règle, de *la troisième à la cinquième heure.* Elle est annoncée et accompagnée de phénomènes réactionnels plus ou moins violents, rarement dramatiques : frissons, claquements des dents, malaise général avec parfois nausées et vomissements, poussée congestive, sensations alternées de froid et de chaud avec sueurs. Parfois certains signes de la sclérose en plaques s'exacerbent passagèrement à ce moment (céphalée, contracture, impotence fonctionnelle). L'acmé thermique, après le frisson, atteint 39° à 40° ; puis *en deux heures environ tout rentre dans l'ordre.* Il ne persiste qu'un léger taux de fatigue et de courbature dans l'intervalle des accès. Il arrive que l'évolution du *premier accès fébrile soit atypique*, la fièvre se maintenant à 39° ou 40° pendant 24 heures ; une telle éventualité doit faire reculer la date de la seconde piqûre, celle-ci ne devant être faite que lorsque le malade est devenu apyrétique depuis 24 heures. Il arrive aussi vers le milieu du traitement, que la réaction fébrile devienne moins vive, le patient s'immunisant contre l'action pyrétogène du T. A. B. ; il suffit alors d'augmenter la dose suivante d'une, deux ou trois gouttes, suivant le cas, pour que la poussée thermique que l'on recherche se reproduise à nouveau.

Dans notre *technique personnelle*, nous renforçons l'action du T. A. B. par la *vitaminothérapie B intensive* dont on connaît l'action eutroptique sur le système nerveux. Durant tout le traitement au T. A. B. nous injectons chaque jour dans la veine *deux centigrammes* de vitamine B^1 et le jour où a été pratiqué la thérapeutique choquante, nous pratiquons l'injection vitaminique *au cours de la période réactionnelle.*

Un semblable traitement est souvent difficile à employer en ville. Nous ne le conseillons pas après 50 ans et dans le cas où la contracture spasmodique est déjà très importante, car nous avons enregistré en l'occurence un fâcheux accroissement de la raideur.

Nous sommes en train d'expérimenter le traitement préconisé en 1940, par Moore, injections parentérales à fortes doses de vitamine B1 d'une part et d'acide nicotinique d'autre part. Les résultats obtenus jusqu'ici ne nous paraissent pas concluants. Ils nous semblent inférieurs à ceux des procédés que nous venons d'exposer qui représentent le maximum de ce que nous pouvons faire contre cette terrible maladie.

Dr J.-A. Chavany,

Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours





INFORMATIONS

Déclaration du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé aux représentants de la Presse médicale. — Le Secrétaire d'Etat à la Santé, notre confrère, le Docteur Grasset, avait convoqué, vendredi 1er mai, à son cabinet, les représentants de la Presse médicale.

Le Ministre, après quelques mots de bienvenue, assura les journalistes de son désir d'apaiser certains confrères qui nuisent à l'effort national, de veiller à la large diffusion de la pensée médicale française, au développement normal et équitable de la profession médicale, de prendre enfin toutes les mesures d'hygiène et de protection de la santé publique susceptibles d'améliorer les qualités physiques, intellectuelles, morales de notre race.

Ces considérations ne pouvaient que rencontrer une approbation sans réserves, et le Professeur Loeper, président de l'Association, assura le Ministre de son concours pour l'accomplissement de son programme et le remercia de la preuve d'estime qu'il avait donnée à la Presse médicale en le lui faisant connaître dès son arrivée à Paris.

A la fin de la réunion, le Ministre remit une déclaration écrite qui résume très exactement ses buts et sa pensée :

« Un malaise s'est élevé, qui n'a cessé de s'aggraver, entre le corps des praticiens et le Gouvernement.

L'heure et les circonstances ne se prêtent pas à un tel débat.

J'entends détendre l'atmosphère.

Médecin praticien, fils de médecin, j'apporterai à l'exercice de la fonction ministérielle l'esprit de mon labeur quotidien : préoccupation scrupuleuse de ce qu'on doit à ceux qui souffrent, sauvegarde de notre dignité professionnelle.

J'envisage une réforme profonde de tout ce qui concerne la protection de la santé, le perfectionnement physique, psychique, sensoriel de la race.

J'ai le désir de modifier les conditions actuelles de l'exercice professionnel en rétablissant le circuit de confiance entre les médecins, leur cadre corporatif et le Gouvernement.

J'étudie avec les hautes personnalités médicales et corporatives les plus qualifiées ce qu'il convient de faire dans ce sens, et dont les grandes lignes sont déjà dans ma pensée.

Je veux rendre aux médecins la qualité majeure, étant bien convenu que la tâche à entreprendre en commun comportera de larges ambitions et de lourdes responsabilités.

Je ne doute pas que nos efforts conjugués seront à la hauteur des circonstances où se débat notre patrie meurtrie et de la volonté de rénovation nationale qui anime son Gouvernement ».

Une telle déclaration, si conforme aux nécessités de l'heure, est aussi conforme aux intérêts du Journal français, de la Médecine française et de la France tout court. Nous sommes convaincus que la Presse médicale, même actuellement, peut concourir à la rendre effective et vivante.

M. L.

FACULTÉS — ECOLES — ENSEIGNEMENT

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique médicale de Cochin,* (Professeur P. Harvier). — Une série de conférences sur les *régimes alimentaires, adaptés aux circonstances actuelles,* a lieu à l'amphithéâtre de la Clinique médicale, le jeudi soir à 20 h. 45.

21 mai, Docteur J. RACHET : Régime des entéropathes. — 28 mai, Docteur DE GENNES : Régime des néphropathies. — 4 juin, Docteur FROMENT : Régime des diabétiques. — 11 juin, Docteur F.-P. MERKLEN : Régime des adultes et des vieillards. — 18 juin, Professeur LOEPER : Régime des goutteux. — 25 juin, Professeur HARVIER : Régime des maladies infectieuses.

Ces conférences sont libres et s'adressent spécialement aux médecins praticiens.

Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande. — En vue de préparer les candidats à cet examen, qui aura lieu en juin 1942, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur Tanon, du 26 mai au 17 juin.

Le droit à verser est de 250 francs.

Prosectorat. — Un concours pour deux places s'ouvrira le 19 mai 1942, à midi, à la Faculté de Paris.

Adjuvat. — Un concours pour six places s'ouvrira le lundi 18 mai 1942, à midi, à la Faculté de Paris.

ECHOS & GLANURES

Haras humain. — La protection de la Race n'est pas une notion nouvelle, Sparte et Rome avaient, autrefois, tranché la question d'une manière plus radicale que nous. Pasteur avait préconisé le certificat prénuptial, qui depuis a fait son chemin. La stérilisation des sujets tarés est entrée dans la législation de certains pays et ce n'est pas nous, qui menons depuis vingt ans une campagne contre leur descendance indésirable, qui nous insurgerons contre des mesures où l'intérêt général doit écarter toute sensiblerie.

Jusque là, il ne s'agit, en quelque sorte, que d'initiatives négatives, et on pouvait s'attendre à des propositions d'action positive sortant du domaine habituel de l'art de faire et d'élever de beaux enfants. Mais dès qu'on aborde cette partie constructive, on se heurte à des préceptes ancestraux de morale et de religion qu'il est difficile de discuter. Aussi bien, nous n'avons en vue, ici, qu'une citation qui laissera au lecteur le soin de méditer et de conclure à sa guise.

En 1918, Binet Sanglé fit quelque bruit avec la publication du *Haras humain.* C'est un thème développé au 18e siècle dans un mélange anonyme de morale et de littérature attribué à Barré. Sous le titre *Idée d'une République*, on y trouve un reflet du haras de géants du Roi de Prusse et du projet de ville modèle de l'électeur de Brandebourg. On peut lire :

« Les Princes ont des haras de chevaux : ils devraient en avoir de sujets. Quand on empêchera le mélange des races, on sera sûr d'avoir de l'excellent et en chevaux et en hommes.

Qu'un Prince rassemble dans une même ville tout ce qu'il trouvera dans ses Etats de plus sage, de plus éclairé, de mieux fait, de plus vertueux parmi les personnes de l'un et l'autre sexe. Cette ville sera une excellente pépinière d'hommes. Elle serait placée dans une Isle et les étrangers n'y seroient point soufferts, de peur qu'ils n'y portassent leurs maladies, leurs vices, leur esprit.

Notre République veilleroit principalement sur les mariages. On ne gêneroit pas le Citoyen : son cœur ne seroit pas vertueux s'il n'étoit pas libre. On l'amèneroit avec adresse à ne choisir qu'une compagne semblable à lui. Il faudroit qu'en croyant ne faire un choix que pour lui-même, il fit réellement un choix pour la Société, un choix tel que la Société l'avoit désiré ou prévu, afin que le bonheur d'un seul fit la sécurité de tous.

Tous les membres de la Société, que des conjonctions mal combinées, que le laps de temps, que le caprice de la nature rendroient infirmes, malsains, laids, sots, méchants, seroient retranchés de la Société . »

Et enfin une idée chère à notre grand Carrel, qui voudrait bien refaire le physique et le moral de l'homme .

« On sçauroit jusqu'à quel point notre tempérament influe sur la détermination de notre volonté : on connoitroit les propriétés et le contrepoids des humeurs : on établiroit en quoi les hommes se ressemblent, en quoi ils diffèrent, quels sont les signes extérieurs sur lesquels leur caractère se manifeste, jusqu'à quel point on peut compter sur ces signes : on détermineroit les limites de l'empire du climat sur notre âme : on fixeroit les genres, les espèces : on rangeroit cellesci sous différentes classes, dont chacune auroit ses attributs et son étiquette particulière. De ce fond d'expériences résulteroit un système démontré sur le règne de l'homme. »

Mais voici une prévision qui refroidirait notre zèle si nous n'avions une âme bien trempée et un optimisme impénitent:

« Ce peuple n'auroit pas besoin de médecins. Car les enfants vertueux et sains de pères vertueux et sains ne meurent que de vieillesse ».

Les biographes nous assurent que Barré était un utopiste et qu'il était quelque peu fou.

Dr P. LEMAY.

Les médecins humanistes dans le sillage des princes et des rois. — *Voici un extrait du livre du* Docteur G. BARRAUD : L'Humanisme et la Médecine (*Vigot, édit.*), *que nous avons signalé dans notre précédent numéro* :

« L'Humanisme avait fait des progrès et, au premier rang de ses fervents adeptes, étaient les médecins qui, par leur science du latin et du grec, représentaient la fine fleur de l'aristocratie intellectuelle de la Cour et du pays. Auprès de ces rois cultivés et des grands seigneurs qui s'affinaient de jour en jour ainsi que la haute bourgeoisie, les médecins jouissaient donc du plus grand prestige.

Il n'est donc pas surprenant qu'ils touchassent alors de somptueux honoraires. Le premier médecin d'Henri II recevait 1.200 livres, ses médecins ordinaires 800 livres ; son premier chirurgien 800 également, les chirurgiens ordinaires 240. Fernel recevait 10.000 écus à chacune des couches de Catherine de Médicis. Gabriel Miron, médecin de la Cour, était en même temps chambrier de la reine, président des Comptes de Bretagne, conseiller d'Etat, officier de longue robe et possesseur de plusieurs seigneuries.

Dans le Midi de la France, la Cour de Navarre se conformant aux usages régionaux d'après lesquels on paye volontiers en nature les honoraires médicaux, les médecins y recevaient des terres plutôt que des espèces sonnantes et trébuchantes. Jeanne d'Albret donne, en 1560, 63 journaux de terre à défricher au sieur de Cazeaux, médecin des Etats de Bearn, pour l'avoir soignée, ainsi que son fils, le futur bon roi Henri. Ce dernier, en 1577, alloue 30 arpents de terre au sieur de Lamezière, son médecin, mais, quand il monte sur le trône de France, il donne 400 écus à son premier médecin et 266 écus aux autres. A ces honoraires s'ajoutaient souvent de multiples cadeaux variés, suivant les circonstances. A la mort de François 1er, l'archiâtre Louis de Bourges fut gratifié de sept aunes et demie de drap noir pour porter le deuil de Sa Majesté, et les médecins de grade inférieur furent aunés à leur tour à la mesure de leur dignité. A la Cour de Lorraine, Charles III donnait en 1575, à son médecin Nicolas le Pois, une pension « pour l'entretenement de ses fils aux études » et il leur offrira même ensuite « un habit de nopce ».

A la Cour de Henri III, Duret était tenu en si haute estime par le roi que celui-ci donne plus de 40.000 livres de vaisselle d'or et d'argent à la fille de son médecin lors de son mariage et dota le père d'une pension de 400 écus d'or reversible sur ses enfants jusqu'à la mort du dernier.

Mais, plus encore que par des présents matériels, les rois manifestèrent à leurs médecins leur reconnaissance par des témoignages d'estime et d'amitié qui honoraient la corporation tout entière.

C'est ainsi que Jean Héroard ne mourut qu'en 1628 après avoir pénétré dans l'intimité de quatre rois. Fernel qui guérit Diane de Poitiers d'une maladie grave, contribua par ses soins à mettre un terme à la stérilité de Catherine de Médicis qui désolait le royaume.

D'ailleurs les médecins jouèrent parfois auprès du trône des rôles politiques importants comme Louis de Bourges qui hâta la délivrance de François Ier, captif à Madrid, en faisant croire à Charles-Quint que le climat serait funeste à son patient, si bien que l'empereur se décida à libérer son prisonnier. Le nombre des médecins de la Cour était à ce point considérable que Henri IV ne comptait pas moins de 65 médecins et chirurgiens. L'un d'eux, Roch le Baillif, sieur de la Rivière, protestant, rentré en France grâce au nouveau règne, fut le confident secret de Gabrielle d'Estrées, quand la fille du grand maître de l'Artillerie forma le projet de se faire épouser par le roi.

A vivre ainsi dans le silence des Grands, les médecins, conseillers intimes des secrets du corps et du cœur, gagnèrent la confiance et l'amitié de leurs patients princiers, et la seigneurie les accueillit dans son sein, d'autant mieux que, à cette époque, avide de science, ils apportaient en eux le reflet des lumières intellectuelles de l'Italie et de l'Orient, amassées aux siècles précédents et qu'ils avaient fidèlement recueillies pour le plus grand bien de cette société dont ils désiraient soulager les souffrances.

Vivant au contact permanent des lettrés et des artistes venus d'au-delà des Alpes, les médecins représentaient l'aristocratie de l'esprit et du cœur et les seigneurs de la Renaissance s'inclinaient volontiers devant ceux qu'ils considéraient comme les princes des sciences et des arts. A Madrid, Vesale reçut les mêmes honneurs que devait y connaître plus tard le peintre Velasquez et dont jouit aussi Rubens à Anvers.

En Italie, le même anatomiste célèbre eut pour illustrateur Titien et, le plus connu de ses élèves, Holbein, eut de nombreux médecins comme modèles. Léonard de Vinci disséqua et apprit l'anatomie avec Marc-Antonio della Torre. Realdo Colombo fut le maître en anatomie et l'ami de Michel-Ange et de Véronèse qui dessina le frontispice de ses œuvres. Les grands peintre allemands Dürer, Holbein et Granada se livrèrent, eux aussi, aux études anatomiques.

L'art médical était à mi-chemin de la Science et des Belles-Lettres. Celles-ci n'avaient alors que peu de secrets pour ces bacheliers et licenciés en médecine, qui furent en grand nombre des humanistes distingués, grands bibliophiles, amateurs d'éditions rares, collectionneurs d'œuvres d'art ou de curiosités naturelles. Le médecin et même le chirurgien devient, au XVIe siècle, un des plus brillants représentants de la bourgeoisie et de l'élite intellectuelle qui domine par sa science, son goût et ses affinités, le *vulgum pecus*. Il peut alors rivaliser justement par ses qualités morales et intellectuelles avec la plus haute société, au point qu'un jour, où le Roi ayant demandé Maître Ambroise, le duc de Bussy, seigneur d'Amboise, crut qu'il s'agissait de lui-même ; mais, s'étant aperçu de sa méprise, il rectifia ainsi plein de respect pour le roturier que ses talents et son mérite avait anobli : « Messieurs, si je n'étais Bussy, je me ferais honneur d'être Paré. »

Conseils aux étudiants. — *Ceux que le Professeur Jean Quénu leur adresse dans sa leçon inaugurale méritent d'être entendus et médités par notre jeunesse médicale :*

« De grâce, Messieurs, n'attendez pas la quatrième année pour apprendre votre pathologie. C'est dès la première année qu'il faut vous y mettre, et continuer en deuxième année, et en troisième, et tous les ans jusqu'à la fin de vos études.

La pathologie, la science des maladies, mais c'est tout votre métier, à vous, futurs médecins

Je sais bien que vous avez mille autres choses à apprendre : l'anatomie d'abord, et l'histologie, et l'embryologie, et la physiologie, et la physique, et la chimie, et l'anatomie pathologique, et la médecine expérimentale. Et je sais pourquoi ces sciences précèdent dans vos programmes la pathologie, c'est qu'elles sont indispensables à l'intelligence de la pathologie. C'est entendu.

Mais, quand même, apprenez votre pathologie d'abord, au besoin sans la comprendre, comme le catéchisme. Vous la comprendrez plus tard, en la rapprenant.

Mangez de l'anatomie et de la pathologie, de la physiologie et de la pathologie, de la pathologie partout, comme accompagnement. La pathologie doit être votre pain quotidien, votre nourriture de tous les jours.

Vous faites, en première et en deuxième année, deux stages hospitaliers en chirurgie. Très bien. Mais ces stages, vous n'en profiterez pas si vous ne savez pas de pathologie. Le malade ne vous apprendra rien si vous ne connaissez pas la maladie. L'enseignement clinique sera pour vous lettre morte si vous ne possédez pas d'abord quelques notions théoriques.

Je prends à témoin le roupiou. Que pourrait-il saisir et retenir, le malheureux ? Ignorant du sujet, de l'intrigue et du langage même, comment prendrait-il intérêt au spectacle ? Il se lasse, perd son temps et s'évade.

Quel dommage que ce malentendu initial, cette désaffection première de l'étudiant pour l'hôpital, faute d'une préparation suffisante

Je ne critique pas. Je sais combien il est difficile de tracer un programme et de tout concilier : la logique et la réalité, les hommes et les choses, le fondamental et l'accessoire, le temps et l'espace.

Il faudrait pouvoir tout apprendre en même temps. C'est impossible. Devant l'impossible, il faut truquer.

C'est ce que font vos Maîtres des Cliniques, qui vous font dispenser, au fur et à mesure, par leurs assistants, les rudiments indispensables.

C'est ce que font les candidats à l'Externat et à l'Internat qui, dès leurs premières années, mènent de front la pathologie et le reste. S'ils tirent de leurs fonctions le profit que vous savez, c'est qu'ils les ont abordées munis d'une instruction théorique assez vaste.

Pathologie d'abord ! Apprenez la pathologie à l'hôpital, par bribes, si l'occasion vous en est offerte, au cours et dans les livres.

Il est de fort bons livres. Entre l'enseignement écrit et l'enseignement oral, le parallèle est classique. Rassurez-vous, je ne céderai pas à la tentation. Les deux modes ne s'excluent pas. Ils se complètent à merveille. En pathologie, le livre a un défaut, c'est de vieillir rapidement. A peine écrit, imprimé, édité, il date. La pathologie, science mobile, va trop vite. Elle finira par décourager auteurs et éditeurs. Ceux-ci en sont aux reliures à anneaux et aux feuillets interchangeables. Les gros traités de pathologie sont morts.

Seul l'enseignement oral, vivant, est capable de suivre au jour le jour, l'évolution incessante des idées et des faits.

Il est une autre forme d'enseignement oral sur laquelle je veux revenir parce que je l'ai à cœur : l'enseignement d'intimité.

Vous pouvez au besoin l'organiser vous-mêmes. Groupez-vous à quatre ou cinq, suivant vos sympathies, amis ou camarades, divisez votre programme, réunissez-vous une fois par semaine pour l'étude d'une division. L'un après l'autre, traitez les questions inscrites et critiquez-vous mutuellement. Le plus ancien, le plus instruit parlera en dernier.

Je ne connais pas de meilleure école que cet enseignement mutuel en petit comité. Il vous astreint à une règle, jalonne votre route, vous préserve du temps perdu, de la solitude et du découragement. Il vous oblige à solliciter votre mémoire, à mobiliser vos connaissances, à les assembler dans un ordre cohérent, en un mot à composer, et ensuite à exposer, à vous exprimer par des mots et des phrases autant que possible corrects.

Instruits, cultivés, vous l'êtes tous. Mais j'ai cru remarquer chez beaucoup d'entre vous une sorte de gêne, d'impotence de l'expression, dont ils souffrent eux-mêmes. Que faut-il accuser ? Le nombre, toujours le nombre, depuis le lycée. Et tout ce qu'il traîne après lui de conséquences : rareté des interrogatoires, règne des épreuves écrites et anonymes, même pour l'Externat, cette occasion unique qui s'offrait jadis à vous, au seuil de vos études, de composer et de parler !

Dernier bienfait, le petit comité vous dresse à la critique vertement administrée et joyeusement acceptée.

Il n'est point de meilleure méthode, vous dis-je. Elle est la clé la plus sûre des concours difficiles : colles et sous-colles, cagnes et conférences, c'est toujours la même formule : le cercle restreint, l'émulation, la libre critique et, n'oublions pas, le grain de fantaisie.

Ajoutez-y le directeur qualifié, l'aiguillon du concours, vous avez la Conférence d'internat, cette prodigieuse réussite.

Ce que furent ces conférences, le rôle qu'elles jouèrent dans notre formation, je crois l'avoir assez souligné en rendant hommage à mon maître Toupet. Je puis ajouter maintenant que, si elles nous ont appris à apprendre, elles nous ont appris aussi à enseigner.

On m'a dit qu'elles avaient changé. On m'a parlé de feuillets rédigés en style télégraphique, dactylographiés, polycopiés, de comprimés de pathologie pour tout dire, vendus dans des officines... Dites-moi que ce n'est pas vrai.

Choisissez la nourriture de votre esprit. Preparez-la vous-mêmes. Donnez-lui une forme et un aspect qui vous conviennent, qui vous plaisent. Alors elle vous sera légère. Vous la digérerez sans fatigue. Vous l'assimilerez. Elle deviendra et restera vôtre..... ».

La carte T pour le Corps médical français. — Ce n'est plus un métier, dit P. Piétri (*Les Nouveaux Temps*, 2 mai 1942), mais un véritable sacerdoce que nos médecins, ceux des campagnes comme ceux des villes, accomplissent quotidiennement.

« Les Pouvoirs publics ont accordé la carte T à des veilleurs de nuit, à des représentants de commerce, à des agents d'assurances, qui la méritent sans aucun doute, pourquoi s'obstinent-ils à la refuser à nos médecins des villes et des campagnes, et plus particulièrement à ceux de Paris et de sa banlieue, qui n'ont eux aucune occasion de se procurer le moindre complément de leurs cartes de tickets de rationnement ?

« Pour remplir une mission qui doit assurer la sécurité matérielle de leurs concitoyens et l'ordre public, nos agents, nos gendarmes et nos pompiers ont reçu la carte T, refuserons-nous plus longtemps le même avantage à nos médecins, qui ont la garde de la santé du pays et la responsabilité de la sauvegarde de la race ?

« Nous ne nous expliquons pas que l'ordre des médecins ne soit pas intervenu avec toute l'énergie nécessaire pour obtenir satisfaction : c'est une mesure si légitime ! »

Elle serait légitime aussi pour les étudiants en médecine, dit A. Herpin (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mai 1942) qui nous apprend que cette carte T vient d'être attribuée aux étudiants vétérinaires :

« Les étudiants vétérinaires sont dégagés de tout souci alimentaire ; leurs écoles leur fournissent des repas qui, à tout bien prendre, valent mieux que ceux qu'on peut trouver dans les restaurants ; ce n'est pas diminuer, d'autre part, le mérite de ces jeunes gens que de dire que leurs études ne les exposent guère aux maladies contagieuses.

« Les étudiants en médecine, eux, doivent pourvoir à leur nourriture dans des conditions difficiles tant au point de vue de la quantité que de la qualité ; s'ils ne sont pas tous en contact direct avec des contagieux, il leur faut, chaque jour, passer de longues heures dans l'atmosphère des salles d'hôpital ; la liste des victimes est assez éloquente pour qu'il ne soit pas besoin d'insister.

« On pourrait penser que, dans ces conditions, la carte T a été attribuée à ceux de ces étudiants qui se trouvent être les plus exposés ; qu'au moins, les uns et les autres ont été également traités. Ce serait mal connaître le Ravitaillement : il a attribué la carte T aux étudiants vétérinaires et n'a pas cru devoir la donner aux étudiants en médecine ! »

TRAVAUX ORIGINAUX

Oxycarbonémie endogène et acrocyanose

Par **Maurice LOEPER**, avec la collaboration de **R. WEBER**

Dans des recherches antérieures, je me suis efforcé de montrer avec quelle fréquence des sujets atteints d'artérite, de spasme vasculaire, de gangrène des extrémités, étaient oxycarbonémiques. Et ces phénomènes se produisent même en dehors du diabète et de tout autre trouble de nutrition. J'ai attribué à l'oxycarbonémie une part dans la production des accidents. J'ai cru reconnaître à l'oxycarbonémie, une origine dans un trouble du métabolisme des glucides, insisté sur son accroissement par un régime déséquilibré trop riche en farineux, et fait voir l'amélioration possible, certaine même par l'emploi de l'amide nicotinique.

Un cas publié avec MM. Chabrol et Varay (1) de pellagre et suivi pendant un mois très scrupuleusement, analysé presque quotidiennement par Mlle Maillard, nous a fourni de nombreuses preuves de cette affirmation. L'existence de l'oxycarbonémie chez certains diabétiques, gangréneux ou non, apportait déjà quelque appui (2).

J'ai donc cru devoir placer l'oxycarbonémie dans les troubles du métabolisme des glucides à côté du diabète et de l'oxalémie.

En cette période de restriction carnée et de déséquilibre alimentaire, un autre trouble nous est apparu. Chacun de nous a noté la recrudescence depuis deux ans d'engelures, d'acrocyanose, de maladie de Raynaud avec ou sans escarres des doigts. Certes, le froid était pour beaucoup dans leur apparition et certaines disparurent avec les gelées. Mais le retour d'une température plus clémente ne les a pas toujours complètement effacées. Fait intéressant, ces accidents, attribués au spasme vasculaire et à l'hypotension périphérique, s'accompagnent souvent d'oxycarbonémie et comme ils se rapprochent de ceux que l'on observe chez certains intoxiqués chroniques ou aigus par le gaz d'éclairage, les moteurs ou les gazogènes, on a quelque raison de croire qu'ils sont liés intimement à cette production de CO.

J'ai suivi depuis quelques mois quatre malades atteints d'acrocyanose, de plaques cyaniques du dos des mains, des doigts ou des orteils, voire de la face externe de la jambe dont le taux de CO oscillait autour de 5 et 9 c. c. pour 1.000.

L'une même dont la cyanose des ongles se mua en une pigmentation roussâtre qui persista deux mois, donnait jusqu'à 11 c.c.

Ces malades étaient tous soumis à un régime presque exclusif de légumes, de pommes de terre et de pain. Aucun ne prenait de viande, de lait ou d'œufs en quantité suffisante et l'alimentation azotée était toujours quasi nulle.

Pensant que le régime était pour beaucoup dans l'affection, j'ai donné de l'insuline sans grand succès, de la vitamine A et D sans modification appréciable. J'ai obtenu quelque changement par la prescription d'un supplément de viande. Et j'ai obtenu surtout la guérison par le nicobion.

L'abaissement du CO par ce médicament fut constaté chez deux d'entre eux, aussi typique qu'il fut chez le pellagreux publié avec Chabrol et Varay.

Je crois donc pouvoir maintenir ma conclusion première : — qu'il y a relation entre le régime hypercarboné et l'oxycarbonémie et qu'il y a relation entre l'oxycarbonémie et les manifestations cyaniques.

On a dit de façon imagée que les graisses brûlaient au feu des hydrates de carbone.

Je crois que l'on pourrait presque dire aussi que les hydrates de carbone brûlent au feu des aliments azotés.

Pour obtenir l'équilibre nutritif, il faut une alimentation équilibrée. Or, on peut affirmer que l'oxycarbonémie s'est accrue ainsi que les signes qui en découlent par les régimes de restriction qui nous sont imposés.

(1) Oxycarbonémie et pellagre, par MM. Loeper et Chabrol. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 11 juillet 1941, no 23. — Etude biologique d'un cas de pellagre, par Loeper, Varay, Lesobre, Le Sourd et Mlle Maillard, *Ibid.*, 22 août 1941, no 24.

(2) M. Loeper. — Oxycarbonémie des diabétiques. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 27 mai 1941, p. 580.

Étude biologique et anatomo-pathologique d'un anasarque au cours d'une colite ulcéreuse non spécifique

Par **MM. WAREMBOURG, HOUCKE et POITEAU**

Les causes qui président à l'apparition des œdèmes sont multiples, de même que les mécanismes qui y conduisent. Certaines de ces causes sont fréquentes, classiques, d'autres

FEUILLETON

Jules Soury

Ame tourmentée qui ne connut l'apaisement qu'en acceptant ce que la raison lui faisait repousser ; polémiste honni de ceux qu'il défendait comme de ceux qu'il attaquait ; écrivain « promis à l'immortalité » et oublié aujourd'hui ; au total, un moine laïque et une des plus curieuses figures du XIXe siècle finissant, tel fut Jules Soury.

Né le 28 mai 1842, dans une ancienne maison de la rue Saint-Julien-le-Pauvre, il eut pour premier horizon l'Hôtel-Dieu, avec tout son cortège de tristesses : promenade des malades, passages des corbillards qui venaient se ranger le long des murs lépreux du vieil hôpital. Ce spectacle journalier, laissa à l'enfant une première et définitive idée du néant de la vie.

Son père était un ouvrier souffleur de verre dont le salaire ne dépassait pas deux francs par jour ; rêvant d'un autre avenir pour son fils, il l'envoya à l'école. Jules Soury y fit si peu de progrès, qu'il demanda lui-même à entrer en apprentissage. Placé chez un constructeur d'instruments du quai de l'Horloge, il prit rapidement goût à son nouveau métier, en même temps qu'il prenait conscience de l'insuffisance de son instruction. Il fréquenta alors les cours du soir de l'Ecole des Arts et Métiers, la Bibliothèque Sainte-Geneviève où il lut tous les classiques. Et se rendant compte de l'utilité du latin, il se mit à l'étudier, tant et si bien, que son apprentissage terminé, il entra en sixième à Louis-le-Grand.

Il avait déjà dix-sept ans ; le retard fut vite rattrapé. Trois ans après, Jules Soury passait son baccalauréat ès-lettres et, l'année suivante, il était reçu à la licence.

L'heure était venue de choisir une carrière et de s'y préparer. Un parent, doyen de la Faculté des lettres de Bordeaux, conseilla l'Ecole normale. Mais cette Ecole était un internat. Le jeune homme aurait dû se séparer pour un temps de sa famille. Sa résolution fut aussitôt prise : il choisit l'Ecole des Chartes et put ainsi rester chez ses parents : «ni avant ce jour, écrit-il, ni depuis je ne les ai jamais quittés».

Sa thèse sur les *Etudes hébraïques et exégétiques au Moyen-Age* soutenue en 1867, lui avait été inspirée par Renan qui lui confia une étude sur Dun Scott et le fit entrer ensuite à la *Revue des Deux-Mondes* et au *Temps*. En même temps, Natalis de Wailly faisait obtenir au jeune chartiste quelques travaux rétribués à la Bibliothèque Impériale. Ainsi se trouvait réalisé le rêve du petit apprenti verrier : gagner sa vie et vivre au milieu des plus rares productions de l'esprit humain.

Revenu à Paris après la Commune, Jules Soury publia encore quelques travaux d'exégèse ; mais une autre voie l'attirait. Dès 1865, il avait fréquenté à la Salpêtrière les services d'Auguste Voisin et de Luys. Avec ce dernier, il avait appris l'anatomie microscopique et macroscopique du système nerveux central. Ces études, qui devaient finir, avec les années, par absorber Soury tout entier et inspirer les dernières œuvres de sa vie, lui avaient fait comprendre toute leur importance pour le renouvellement de la science de l'intelligence, en même temps qu'elles lui donnaient le goût des études de psychologie historique, fort en honneur depuis les travaux de Mœbius, Ireland et Lombroso.

Entraîné dans cette voie, Jules Soury voulut faire pour Jésus, ce qu'on avait tenté non seulement pour Socrate ou Luther,

au contraire plus rares et peu connues : parmi ces dernières se rangent les affections intestinales.

Sans doute l'œdème a-t-il été signalé, il y a longtemps déjà, dans les dysenteries bacillaires, par Trousseau, puis par Dopter ; et cette notion s'est trouvée récemment confirmée par Gounelle, Bohn, Marche et Koskas. Sans doute dans l'entérocolite chronique, l'œdème a-t-il été observé par Longcope, Albert et Horilleus, Flesch : l'éventualité de tels cas reste cependant exceptionnelle. Plus rare encore est l'œdème relevé au cours des recto-colites hémorragiques ou ulcéreuses non spécifiques. Moutier en a rapporté récemment le premier cas français et n'a relevé dans la littérature étrangère qu'une observation similaire due à Schupbach, de Berne. Il nous a été donné d'observer récemment un état d'anasarque au cours d'une recto-colite ulcéreuse non spécifique : la rareté de ce fait, les considérations intéressantes auxquelles il donne lieu du point de vue de la pathologie générale, nous engagent à le rapporter.

Observation. — P... Marie, 39 ans, entre à l'hôpital le 30 septembre 1941 parce que depuis deux mois, elle présente une diarrhée glaireuse et sanglante. Depuis ce temps, elle a chaque jour six à dix selles, essentiellement glaireuses et sanglantes, ne renfermant que très peu de matières fécales. Ce syndrome dysentériforme s'accompagne de coliques abdominales, d'épreintes douloureuses, et d'un léger train de fièvre. Parfois se produisent des nausées, des vomissements bilieux. Enfin, la maladie n'a pas été sans entraîner une asthénie profonde et un amaigrissement considérable.

Dans les antécédents, rien à signaler, en particulier du point de vue digestif. Notons que la malade a deux enfants et a fait deux pertes.

Actuellement, elle se présente à nous extrêmement amaigrie, avec cependant un faciès de coloration normale. On est frappé dès le premier examen par un œdème des jambes, blanc, mou, gardant le godet. Cet œdème existerait depuis quinze jours et serait surtout manifeste le soir.

L'abdomen est d'aspect normal, souple, indolore en général ; seule la palpation de la fosse iliaque gauche décèle un côlon descendant épaissi, spasmé et douloureux.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt : il est indolore et de consistance normale. Rate non perceptible. Le toucher rectal est douloureux, mais ne révèle rien d'anormal. Le doigt est amené couvert de glaires et de sang.

On vérifie que les selles sont bien de type dysentériforme, ne renfermant que très peu de matières fécales, et essentiellement faites de glaires, de pus et de sang. Elles sont toujours au nombre de six à dix par jour.

Le reste de l'examen apporte peu de renseignements utiles. La tension artérielle est à 10-6, le pouls à 90. Le cœur est cliniquement et radiologiquement intact. La température oscille entre 36°5 et 38°3. Les urines varient entre un litre et un litre 500. Elles ne renferment ni sucre, ni albumine.

Divers examens complémentaires sont pratiqués pour élucider la nature de ce syndrome.

Un lavement opaque montre que l'anse sigmoïde et surtout le côlon descendant sont rigides, d'aspect moniliforme et très irrégulièrement injectés par la baryte.

Au niveau du côlon descendant en particulier, les contours intestinaux ne sont marqués que par des traînées fragmentaires de liquide opaque. Le côlon transverse est encombré de gaz. Le côlon ascendant est élargi, mais de contours nets et d'opacité homogène. Les dernières anses de l'iléon sont injectées et apparaissent plus larges que normalement.

L'*examen des selles* montre l'absence d'œufs de parasite et de kystes de protozoaire. La culture fait pousser du colibacille et de l'entérocoque, mais pas de bacille dysentérique.

La rectoscopie ne peut malheureusement être pratiquée.

Le traitement institué se compose de stovarsol, bismuth et de lavements modificateurs faiblement antiseptiques.

Le 4 octobre, une amélioration s'est ébauchée. Les selles au nombre de quatre à six par jour, sont nettement plus stercorales, mais renferment encore des glaires et du sang. Par contre, l'œdème est plus volumineux et atteint les plis de l'aine.

Le 14 octobre, est installé un traitement sulfamidé (3 grammes par jour) que l'on doit interrompre au bout de quatre jours pour intolérance.

Pendant ce temps, l'œdème s'est considérablement étendu ; il intéresse la paroi abdominale, les lombes, remonte vers le thorax réalisant un véritable anasarque. L'abdomen est augmenté de volume. On y décèle les signes d'une ascite libre que l'on ponctionne. Le liquide retiré est d'aspect chyliforme. L'analyse montre :

Réaction de Rivalta...........	négative
Albumine	5 grammes par litre
Lipides	1 gr. 50

Formule mixte à cellules endothéliales et à lymphocytes, à peu près en parties égales.

Le 16 octobre, la malade accuse des douleurs à la base gauche, et de la dyspnée. L'examen révèle en ce point les signes d'un épanchement pleural que confirment l'examen radiologique et la ponction. Le liquide a les caractères suivants :

Aspect séro-fibrineux.

Rivalta......................	négatif
Albumine.....................	5 grammes par litre

Formule : Nombreux globules rouges. Cellules endothéliales et lymphocytes en parties égales.

Toute une série de recherches sont alors faites pour préciser la nature et la cause de ces œdèmes :

Urine	ni albumine, ni sucre, ni cylindres
Sang..........	urée : 0 gr. 35
	azote total non protidique : 0,28
	glycémie : 1 gr. 37
	chlore plasmatique : 3,46
	chlore globulaire : 1,70
	rapport chloré : 0,49
	réserve alcaline : 64
	cholestérol : 1 gr. 12
	albumine totale : 52,5
	sérine : 24,2

mais pour Alexandre, César ou Napoléon. Et il publia, en 1878, son petit livre sur *Jésus et les Evangiles.* Mais il reconnut vite que tout diagnostic « sur la psychologie normale ou pathologique du Nazaréen était absolument vain » et que, dans ce cas, comme dans celui de Socrate, il valait mieux « se résigner à ignorer ». Et, pour apaiser ceux que ce livre avait blessé dans leurs croyances religieuses, Jules Soury racheta et détruisit les exemplaires restés en librairie, tandis qu'il en publiait une nouvelle édition d'où il avait fait disparaître un diagnostic médico-psychologique basé sur des « interprétations de textes évangéliques qui lui avaient paru sans force ».

Cette étude d'exégèse déviée sur la psychologie morbide, si elle occupa longtemps l'esprit de Soury par les remords qu'elle lui causa, ne fut point son seul travail dans ces années d'après guerre.

Toujours attiré par la psychologie historique, il consacre alors plusieurs études (réunies en deux volumes), à des personnages du XVIIIe siècle, dont Rétif de la Bretonne qui n'a jamais été mieux jugé, ni plus impartialement que par le misogyne que fut Jules Soury.

Ce nationaliste ne croyait pas que la science n'eut qu'une patrie. Convaincu de l'absolue nécessité de connaître la langue allemande pour entreprendre une œuvre scientifique quelconque, il l'avait apprise, et assez bien pour lire Nordeke, Magnus, Schmidt, Hæckel, Preyer dont plusieurs œuvres furent traduites et publiées par lui entre 1873 et 1880.

En 1879, la Chambre avait voté la création au Collège de France d'une chaire de l'Histoire des religions. L'opinion publique, Gambetta et Paul Bert, désignaient le chartiste voué depuis longtemps à des études d'exégèse religieuse. On nomma un pasteur protestant, A. Reville et Soury poursuivit sa destinée en soutenant une thèse de lettres sur les *Théories naturalistes du monde et de la vie dans l'antiquité* (1881). Mais Paul Bert ne l'oubliait pas et, quand il devint ministre, il chargea son collaborateur à la *République française,* d'une conférence d'histoire des doctrines contemporaines de psychologie physiologique à l'Ecole des Hautes-Etudes. Soury regretta bien un peu le Collège de France, mais, avec cette humilité qui fut une des règles de sa vie, il se consola en pensant que cela était mieux ainsi : « Qu'aurais-je pu dire qui n'eut été déjà dit avant moi, et avec une compétence incomparable ? »

Ces leçons sur l'histoire des doctrines de psychologie physiologique ne s'adressaient qu'à des auditeurs connaissant déjà les données fondamentales de l'anatomie et de la physiologie. Elles avaient lieu dans « la petite salle haute » de la vieille Sorbonne, où Anatole France, dans un feuilleton du *Temps*, a dépeint Jules Soury « un scalpel à la main, un cerveau sur la table, tranquille, enseignant à une élite d'élèves le jeu compliqué des appareils de l'innervation cérébrale et développant la théorie des localisations ».

Ces leçons inauguraient en France un genre d'études et le succès en fut grand. Quelques-unes parurent dans les *Archives de neurologie* dirigées par Charcot et Bourneville et, celles consacrées aux doctrines de l'Ecole de Strasbourg et de l'Ecole italienne furent réunies en un gros volume de 470 pages que publia le *Progrès médical* en 1891. Soury et Bourneville évoluant dans le même milieu, attirés par les mêmes recherches, sympathisaient alors. Mais il y avait trop loin de l'agnosticisme inquiet de l'un au dogmatisme matérialiste de l'autre et quelle que fut

globuline : 28,30
quotient albumineux : 0,85
P. S. P. : 45 %.
Epreuve de la glycosurie alimentaire de Colrat : négative.

Le 1er novembre, alors que le syndrome intestinal était en régression nette (deux à trois selles stercorales par jour), mais l'anasarque au maximum, brusquement la température s'élève au-delà de 40° et la malade succombe en trois jours à l'évolution d'une congestion pulmonaire aiguë droite.

L'autopsie révèle : des lésions de congestion pulmonaire étendues à tout le poumon droit ; un intestin d'aspect extérieur normal et dont on prélève le côlon sigmoïdien et descendant aux fins d'examen histologique ; un foie augmenté de volume (3 kgr. 500) de coloration jaune à la surface et à la coupe, d'aspect graisseux, de consistance molle. Les reins, le cœur sont apparemment normaux. Il existe une ascite abondante et un épanchement pleural bilatéral.

Examen histologique :

Côlon descendant : sur plusieurs fragments la muqueuse a complètement disparu. Il ne persiste que quelques îlots de régénération.

En d'autres points, on note la présence d'ulcérations sans caractères spécifiques, recouvertes d'un exsudat fibrinoleucocytaire au milieu duquel persistent quelques vestiges glandulaires.

Entre les couches de la tunique musculaire, il existe quelques nodules lymphoïdes.

Hyperhémie et infiltration leucocytaire sous-péritonéale.

Le *foie* montre les lésions typiques de la surcharge graisseuse au niveau des cellules hépatiques dont le contenu et le noyau sont comme refoulés à la périphérie.

Cette stéatose est arrivée à son stade terminal à un point tel qu'il ne persiste que de rares travées hépatiques normales.

L'armature précollagène des travées est toutefois intacte. Elle a été mise en évidence par les diverses méthodes d'imprégnation argentique (Billschowsky et Hortega).

Les réactions de la substance amyloïde sont négatives.

Le *rein*. On y trouve les lésions habituellement observées sur le rein cadavérique. Rien ne permet de conclure à une néphrite.

Le *cœur*. Rien à signaler.

En résumé, côlite ulcérese sans caractères spécifiques, foie arrivé au stade ultime de la stéatose. Rein et cœur normaux.

Ainsi donc cette femme de 39 ans a bien fait une recto-colite ulcéreuse non spécifique comme l'indique le syndrome dysentériforme dont elle était porteuse, joint aux résultats de l'examen radiologique, de l'examen bactériologique des selles, enfin de l'investigation nécropsique. Au cours de cette recto-colite, s'est développé un état d'anasarque avec œdèmes, ascite et hydrothorax double, dont le développement n'a pas été parallèle à l'évolution intestinale, l'anasarque ayant atteint son maximum alors que le syndrome dysentériforme avait presque complètement disparu. Cet œdème s'est accompagné d'une intégrité fonctionnelle presque parfaite des reins et, du point de vue biologique, d'une hyperglycémie légère et surtout d'une hypo-protidémie par hyposérinémie avec inversion du quotient albumineux. Enfin, l'autopsie a démontré l'existence, à côté d'un cœur et de reins normaux, d'un état de stéatose hépatique arrivé à son maximum.

Comme nous le rappelions au début de cette présentation, les cas d'œdème au cours de la recto-colite grave sont exceptionnels. Récemment Moutier en a rapporté un cas à la Société de gastro-entérologie de Paris ; consultant à cet égard la littérature médicale, il n'a trouvé d'observation identique ni dans les travaux de Bensaude et de son école (Rachet, Cain, etc.), ni dans la monographie de Bonorino Uduendo, ni dans le rapport de Gallart-Mones au Congrès international de Bruxelles en 1935. Goiffon à ce même Congrès insistait sur le fait qu'il n'existe aucune altération humorale spécifique de la colite ulcéreuse hémorragique.

Dans la littérature étrangère, Moutier et nous-mêmes n'avons trouvé qu'un cas de Schupbach de Berne. C'est l'observation d'une femme de 35 ans, atteinte depuis un an de colite fébrile muco-purulente. L'amaigrissement était de 23 kilos. Il existait des œdèmes étendus avec hydrothorax. La sérum-albumine était tombée dans le sang à 4 gr. 8 %. Néanmoins la guérison survint.

L'observation de Moutier concerne une femme de 29 ans, souffrant d'entérite depuis deux ans qui, à la suite d'une crise colitique aiguë avec selles sanglantes, présente des œdèmes qui, en dix jours, devinrent très étendus et s'accompagnèrent d'ascite. Les selles étaient fréquentes, très sanglantes et les examens endoscopiques et radiologique révélèrent une recto-colite hémorragique grave. L'examen bactériologique des selles montra l'absence de bacilles dysentériques. La sulfamidothérapie fut essayée à deux reprises, mais dut être abandonnée parce qu'elle aggravait la colite et l'œdème. Après divers essais thérapeutiques, quelques injections d'émétine, associées au stovarsol et à la vitamine PP, amenèrent avec une crise urinaire subite, la fonte des œdèmes et la guérison. L'examen biologique avait révélé des urines normales, une urée sanguine, une chlorémie, une lipémie, une cholestérolémie normales. Par contre, on notait une albuminémie à 42 gr. 7 avec rapport albumineux à 0,40.

Cette observation est donc superposable à la nôtre par l'allure clinique et les résultats de l'analyse biologique.

Comment concevoir le mécanisme de l'œdème en pareil cas ?

Un fait doit tout d'abord être posé : l'origine des œdèmes n'est pas identique dans les diverses affections intestinales où on les rencontre. La preuve en est fournie par l'étude des

---

leur estime réciproque, la bonne entente ne pouvait être complète entre deux hommes qui avaient tant d'idées communes et tant de côtés dissemblables ; la politique se chargea d'y mettre fin.

L'article *Cerveau*, rédigé pour le *Dictionnaire de Physiologie* de Richet, fut la publication suivante de Jules Soury. Trois ans après, en 1899, paraissait : *Système nerveux central, Structure et fonctions. Histoire critique des Théories et des Doctrines*. Ces deux gros volumes, tirés à mille exemplaires coûtèrent quatre mille francs à Jules Soury, qui dût encore verser six francs par exemplaire invendu et ne trouva pas la note exagérée. « Ce n'est pas cher pour ma pierre tombale », disait-il à Maurice Barrès.

En établissant cette histoire anatomique et physiologique de la structure et des fonctions du cerveau, Soury avait voulu écrire « l'histoire naturelle de l'esprit humain au cours de l'évolution des êtres vivants sur la Terre ».

« Je le dédie, écrivait-il, à la mémoire de mes parents, à ceux dont je ne suis, comme nous le sommes tous, que la continuité substantielle, la pensée et le verbe encore vivants, avec leur cortège de gestes, d'habitudes et de réactions héréditaires, qui font que le mort tient le vif, et que les caractères propres, ethniques et nationaux, nés de variations séculaires, qui différenciaient le Français de France de l'Etranger, ne sont point des métaphores, mais des phénomènes aussi réels que la matière des éléments anatomiques de nos centres nerveux, les neurones seuls éléments de notre corps qui, de la naissance à la mort de l'individu, persistent sans proliférer ni se renouveler jamais. Là est le témoignage irréfutable de l'hérédité psychologique. Là est le fondement de notre culte des morts et de la terre où ils ont vécu et souffert, de la religion de la Patrie ».

Dans cette préface se trouvent déjà bien des idées du nationaliste qui devait prendre part à « l'Affaire » avec tant de fougue.

Jules Soury écrivit alors de nombreux articles réunis ensuite sous le titre *Campagne nationaliste*, et qui lui valurent des inimitiés farouches. Sans qu'il s'en préoccupât d'ailleurs ; tourné vers son idéal, il combattait sans peur et sans souci de lui-même.

Camille Vétard qui a connu Jules Soury vers la fin de sa vie nous le dépeint « de petite taille, avec un visage glabre, aux plis chargés d'amertume et de pensée, aux minuscules yeux perçants, au crâne haut et poli. »

Toujours vêtu d'un surtout noir de façon ecclésiastique, il coiffait, quand il sortait, un haut de forme monumental et, quelque temps qu'il fît, se munissait d'un parapluie.

Mais il ne sortait que rarement et les buts de ses sorties ne variaient guère : la Sorbonne pour ses cours, l'église de Saint-Jacques du Haut-Pas, celle de Saint-Etienne-du-Mont ou de Saint-Sulpice pour les offices. Car ce matérialiste, cet incrédule aimait fréquenter les religieux et les églises, trouvant que le meilleur dans la dévotion religieuse était non pas « une foi métaphysique à tel ou tel dogme, mais le geste ancestral, l'attitude de l'adoration, l'agenouillement sur les dalles du sanctuaire ».

La prière de l'athée, disait-il, était la plus pure parce que la plus désintéressée. Et quand cet athée s'essayait à prier, il n'admettait point qu'on le dérangeât. Un jour qu'il s'était attardé dans la nef de Saint-Sulpice, raconte Mousson-Lanauze, au moment de la fermeture, le gardien l'invita à se retirer : « Mon ami, lui riposta Jules Soury, quand je prie la Sainte-Vierge je ne veux pas qu'on m'emm..... ».

Il n'eut qu'une affection dans la vie : sa mère. C'était une bonne femme, un peu simple, illettrée. Il lui apprit à lire alors

œdèmes dysentériques. Rappelons rapidement comment se manifestent ces derniers, tels que les ont décrits récemment Gounelle et ses collaborateurs. Ils apparaissent chez des sujets ayant présenté une dysenterie sévère avec diarrhée incoercible et vomissements. Ils surviennent tardivement au début de la convalescence, huit à quinze jours après la rétrocession des signes intestinaux. Ils intéressent en général les membres inférieurs, mais en arrivent à réaliser parfois un véritable anasarque. Enfin, ils s'accompagnent d'un syndrome humoral fait d'hypochlorémie, d'alcalose, d'hyperazotémie. Ils apparaissent surtout en relation avec des troubles de l'équilibre minéral. Brulé a établi en effet, qu'il y a chez les dysentériques graves, élimination d'un excès de K uni au chlore, alors que le Na paraît retenu dans les tissus. Ce n'est qu'à la convalescence, lorsque la fonte musculaire se répare, qu'on assiste à la normalisation de l'équilibre minéral. Le Na retenu dans les tissus se trouve alors libéré, à ce moment, selon Gounelle, on assisterait à une surcharge humorale massive et brutale en Na Cl qui serait à l'origine de la rétention œdémateuse.

Il en va tout autrement dans l'observation de M. Moutier et dans la nôtre. Ici, pas de trouble de l'équilibre chloré ou minéral, mais une adultération profonde des albumines sanguines dont le déficit, celui de la sérine surtout, doit être certainement considéré comme responsable de la rétention aqueuse.

Mais quelle est l'origine de cette hyposérinémie ? Deux hypothèses sont possibles selon Moutier :

1° Ou une fuite de la sérine vers les milieux interstitiels ; mais il faudrait alors admettre une perméabilité de l'endothélium capillaire aux colloïdes, ce qui est bien improbable ;

2° Ou une non-formation de sérine. Si l'on admet avec Cachera et Bardin, que la sérine est formée dans le foie, à partir de substances protidiques apportées par l'alimentation et assimilées dans l'intestin, on conçoit facilement que des troubles de l'absorption intestinale privent le foie de son matériel de travail et l'empêchent d'assurer au milieu hématique un apport normal en sérine. Cette conception comporte d'ailleurs une conséquence importante sur laquelle insiste Moutier ; l'absorption se faisant dans l'intestin grêle, il faudrait admettre que la recto-colite hémorragique s'accompagne de lésions ou de troubles fonctionnels du grêle, fait inconnu jusqu'à présent.

Or, notre observation, grâce aux constatations nécropsiques qu'elle comporte, rend plausible une autre version. C'est que la sérine soit insuffisamment formée dans le foie, non tellement par déficience d'apport que par trouble fonctionnel de la cellule hépatique.

Nous avons vu comment l'examen histologique du foie chez notre malade avait montré une surcharge graisseuse particulièrement poussée. Sans doute s'agit-il de surcharge et non de dégénérescence. Il faut savoir toutefois que l'on n'oppose plus actuellement ces deux processus aussi rigoureusement que par le passé. On admet que l'un comme l'autre tirent leur origine d'une insuffisance de la cellule hépatique et que seul le degré d'agressivité de la cause pathogène oriente la lésion dans le sens de la surcharge ou de la dégénérescence. Il n'est pas illogique d'affirmer dans ces conditions que le foie de notre malade, objet d'une surcharge graisseuse véritablement exceptionnelle, était un foie insuffisant et incapable peut-être d'élaborer la sérine-albumine comme à l'état normal. Le fait qu'il s'agisse en pareil cas d'une simple surcharge graisseuse, processus réversible, expliquerait en outre la possibilité de guérison complète du syndrome œdémateux, ainsi qu'elle fut relevée dans les deux observations antérieures aux nôtres.

L'observation que nous rapportons éclaire donc d'un jour nouveau la genèse des œdèmes dans les syndromes digestifs. Elle incite à rechercher la fréquence de la stéatose hépatique dans certains syndromes intestinaux et, en particulier, dans la recto-colite hémorragique, elle pousse à étudier les relations entre les troubles du métabolisme hydrique et cette surcharge graisseuse du foie, dont l'origine et les incidences sont restées jusqu'à présent si mystérieuses.

(Travail de la Clinique médicale et phtisiologique de la Charité. Lille. Professeurs Jean MINET et René LEGRAND).

Mécanismes endocriniens des troubles de la puberté

Par **Gabriel HIRTZ**
(Bordeaux)

Il faut entendre par troubles de la puberté *l'ensemble des syndromes pathologiques imputables à l'anomalie d'un ou de plusieurs des processus qui caractérisent au point de vue physiologique cette période du développement.* Parmi ces troubles, les uns ont trait à la puberté dans son ensemble, pubertés précoces, pubertés retardées, les autres n'en affectent qu'un des éléments. Les premiers comme les seconds relèvent de mécanismes pathogéniques plus ou moins complexes mais d'essence identique, aussi nous bornerons-nous à étudier les processus communs de leur genèse, leurs principaux groupements cliniques, leurs caractères généraux et les règles de leur thérapeutique.

Il importe d'abord de définir la puberté et ses modalités physiologiques. La puberté est la *période de virage* où l'organisme et toute la personnalité abandonnent progressivement les caractères morphologiques et neuro-psychiques de l'enfance pour acquérir, progressivement aussi, les caractères morphologiques et neuro-psychiques de l'adulte. Cette période est longue : l'organisme est encore au stade infantile de son déve-

---

qu'elle avait déjà cinquante-deux ans. Et comme elle était coquette, Soury, en revenant de son cours, lui rapportait des journaux de mode, des bonshommes en pain d'épices. Et il lui avait acheté un orgue de barbarie pour la distraire et la voir rire, heureuse et contente.

Quand elle mourut, en 1895, Jules Soury fut complètement effondré. « Quoique dans l'ordre naturel, écrivait-il alors, il n'est point pour l'homme de plus grand malheur que la perte de sa mère. De cette amputation là, jamais on ne se guérit... Morte, nous mourrons un peu plus vite ; nous sentons qu'avec elle une partie de nous-même s'est perdue, à jamais. L'aspect du monde devient tout autre. Pour la première fois, il nous apparaît comme l'hospice banal où l'on ne fait que passer. Rien ne nous est plus. On continue de vivre par habitude, du mieux qu'on peut, afin d'honorer la chère mémoire du seul être qui nous ait jamais aimé »

C'est à partir de ce jour qu'on vit Jules Soury manger sur un banc du Luxembourg la collation achetée chez le crémier voisin. Quand le temps ne le permettait pas, il s'installait chez lui, dans un coin, sur une chaise, ne voulant plus s'asseoir à la place qu'avait occupée sa mère.

Il songea un moment à se retirer dans un couvent de vieux prêtres et ses amis eurent bien de la peine à lui faire comprendre que ce n'était point la place de l'auteur du *Bréviaire du Matérialisme.*

Et il se résigna à vivre avec la consolation de ne laisser personne après lui. Cette vie dura encore quinze ans. Jules Soury mourut le 10 août 1915 ; ses funérailles, qu'il avait commandées religieuses et simples, eurent bien peu d'assistants. La rancune pactisait avec l'oubli. C'était la guerre. Aujourd'hui que nous en connaissons une autre, dont dépend l'avenir de notre pays, ne peut-on se souvenir de celui qui écrivait à la fin de son autobiographie :

« La vie n'a de sens que pour ceux qui la comprennent comme une exaltation perpétuelle du culte de l'honneur et de l'observance des vertus ancestrales, vertus chrétiennes de la charité, méditation, résurrection, en pensées et en actes, des faits et gestes des pères, des aïeux qui ont conquis le sol, défriché la terre, marqué les bornes du patrimoine national, et qui nous ont transmis, avec l'héroïque passion du sacrifice, le goût du renoncement à tout ce qui détourne l'homme de l'idéal de sa race. »

Paul MAURY.

BIBLIOGRAPHIE. — MOUSSON-LANAUZE : Jules Soury, *Bull. de la Soc. franç. d'histoire de la médecine*, 4 juin 1927. — Camille VETTARD : Le drame de Jules Soury. *La Revue Universelle*, 1er février 1939. — Maurice BARRES : Mes Cahiers, tome 1, 2, 3, 5 et 10. — Jules SOURY : Ma vie, in : Campagne nationaliste ; Paris, Plon 1902.

loppement que commencent les premières flexions fonctionnelles hypophysaires qui préparent la puberté. Les derniers caractères sexuels secondaires sont déjà achevés que le psychisme et le tonus neuro-végétatif conservent encore des teintes infantiles. Pour mesurer le chemin parcouru entre les deux termes de cette métamorphose, il suffit de rappeler brièvement les grands caractères biologiques de chacun d'eux.

L'enfant, au point de vue endocrinien, est soumis tout particulièrement à l'influence somatotrope de l'hypophyse antérieure et à celles de la thyroïde et du thymus. Au point de vue neuro-végétatif, on note chez lui une prédominance du tonus parasympathique. Aux points de vue morphologique et génital, il est à demi indifférencié. Psychiquement, la sphère affective, égocentriste, l'emporte sur la sphère intellectuelle qui est caractérisée par l'instabilité.

Chez *l'adulte*, la glande sexuelle est intervenue et constitue un des éléments dominants du concert endocrinien avec l'hypophyse et la surrénale. Le tonus neuro-végétatif est à prédominance sympathicotonique. Les caractères morphologiques et sexuels sont nettement différenciés. Le psychisme a subi son complet développement, tout particulièrement la sphère intellectuelle.

Par quels processus se sont effectuées ces diverses transformations ?

Physiologie de la puberté. — Les « moteurs » de la puberté sont les uns glandulaires, les autres nerveux.

I. *Facteurs glandulaires* : a) *Facteurs hypophysaires* : les deux faits capitaux de la puberté au point de vue endocrinien sont d'une part la forte augmentation de la sécrétion d'hormone somatotrope par l'hypophyse antérieure, d'autre part l'apparition des hormones gonadotropes secrétées par ce même lobe. Ces dernières vont déclencher le fonctionnement de la gonade qui se traduira par l'apparition des hormones sexuelles. Dès cet instant, un nouvel équilibre fonctionnel hypophysaire se crée, auquel on pourra rattacher les modifications ultérieures de la sécrétion somatotrope.

b) *Facteurs ovariens* : l'ovaire sécrète la folliculine et la progestérone. Ces deux hormones ne tiennent pas simplement sous leur dépendance le développement et le maintien des caractères sexuels secondaires féminins et les phénomènes de la vie génitale. Dès leur apparition, comme chez le garçon dès l'apparition de l'hormone masculine, se crée entre elles et les sécrétions gonadotropes de l'hypophyse une série *d'équilibres sécrétoires* qui rythmeront la vie sexuelle et influenceront aussi la sécrétion des hormones somatotropes et des hormones métaboliques hypophysaires.

b) *Facteurs testiculaires* ; de son côté, le testicule sécrète la testostérone qui tient sous sa dépendance le développement des caractères sexuels secondaires masculins et la fonction spermatogénétique.

c) *Facteurs surrénaliens et thyroïdiens* : la thyroïde et la surrénale font preuve de suractivité au moment de la puberté sous l'influence des stimulines hypophysaires correspondantes, thyréostimuline, cortico et médullo-stimulines.

d) Le rôle du *thymus* lors de la puberté et les causes de sa disparition n'ont pas encore été élucidés.

En résumé, du *point de vue endocrinien*, la puberté est caractérisée par l'apparition des hormones gonadotropes et des hormones sexuelles et la constitution d'un nouvel équilibre sécrétoire dont les tissus et organes vont porter la marque. Au *point de vue morphologique*, ces stimuli hormonaux ont successivement pour traduction : 1° une accélération importante de la croissance générale ; 2° la formation des caractères sexuels secondaires et le ralentissement de la croissance staturale ; 3° les modifications du tonus neuro-végétatif et du psychisme, l'achèvement de la croissance.

L'hxpophyse, la thyroïde, la surrénale et les gonades, organes morphogénétiques, participent à des degrés variés à ces processus du développement mais il faut souligner le rôle majeur de l'hypophyse et rappeler qu'il n'est pas de troubles de la puberté à la genèse desquels elle ne participe ou ne préside.

II. *Facteurs nerveux*. — Il est hors de doute que le diencéphale joue un rôle dans les mécanismes de la puberté. On a décrit un *centre sexuel mésencéphalique* qui, par ses incitations, déclencherait la sécrétion des hormones gonadotropes. Mais il s'agit là de mécanismes encore trop imparfaitement connus pour que nous puissions en retenir ldes applications pratiques utilisables pour l'instant.

Origine et mécanisme des troubles de la puberté. — Ce rappel physiologique permet de comprendre la pathogénie des troubles de la puberté. Ceux-ci proviennent soit des facteurs glandulaires, soit d'une anomalie de la réceptivité des organes réactionnels. Les mieux connus sont ceux d'origine glandulaire, mais les autres ne doivent pas être négligés car leur omission est la cause de bien des échecs dans la thérapeutique des syndromes que nous allons étudier ici.

1° *Anomalies des facteurs glandulaires*. — L'anomalie fonctionnelle peut être uni ou pluriglandulaire, affecter l'une ou plusieurs des sécrétions des endocrines en cause.

a) Dans le cas de *l'hypophyse*, on peut noter une viciation sécrétoire isolée ou plusieurs sécrétions anormales. L'insuffisance ou l'hyperfonction globales de la pituitaire sont rares. Le plus souvent on rencontre des *dyspituitarismes* avec insuffisance ou exagération des fonctions somatotropes ou gonadotropes. Dans de très nombreux cas, l'insuffisance d'une de ces fonctions s'accompagne de l'exagération de l'autre et vice-versa.

b) L'*ovaire* peut se montrer insuffisant dans ses sécrétions folliculaire et lutéinique, soit par insuffisance des incitations hypophysaires, soit par incapacité réactionnelle vis-à-vis des gonado-stimulines. Quelquefois la sécrétion folliculaire est exagérée et la sécrétion de progestérone insuffisante ou nulle.

c) Le *testicule* est plus souvent insuffisant qu'hyperactif. L'hypo-orchidie peut être secondaire à une insuffisance gonadotrope hypophysaire ou à une insuffisance du cortex surrénalien. Primitive, elle est souvent liée à une ectopie ou à un retard de migration testiculaires. L'hyper-orchidie est presque toujours liée à une tumeur du lobe antérieur de l'hypophyse ou de la cortico-surrénale.

d) Les *troubles thyroïdiens* qui peuvent marquer la puberté sont en général très antérieurs à elle et presque uniquement du type de l'insuffisance. L'hyperthyroïdie est très rare.

e) Les troubles purement fonctionnels d'origine *cortico-surrénale* sont habituellement discrets. Ils peuvent rendre compte de certains syndromes intersexuels d'ordinaire peu accentués. Par contre, lorsqu'ils s'associent à des lésions anatomiques d'origine bacillaire ou tumorale, ils impriment profondément leur griffe sur l'organisme et bouleversent les processus normaux de la puberté.

2° *Anomalies des organes réactionnels*. — Les facteurs glandulaires de la puberté peuvent être normaux et celle-ci anormale. C'est qu'alors les organes récepteurs réagissent mal ou ne réagissent pas aux stimulations hormonales qu'ils reçoivent. Ces anomalies réactionnelles dépendent soit de troubles hormonaux antérieurs à la puberté, soit de lésions locales, soit de facteurs généraux. Telles, par exemple, les anomalies réactionnelles de l'ovaire aux stimuli gonadotropes par suite d'un développement insuffisant ou consécutivement à une infection ourlienne ou à certaines avitaminoses.

Constitution des syndromes pathologiques de la puberté. — Selon le tonus fonctionnel des « moteurs » et selon l'état des récepteurs on se trouve en présence de syndromes pauci ou pluri-symptomatiques qui peuvent se ramener aux types suivants :

1° *Syndromes d'origine hypophysaire* : a) *L'insuffisance de la sécrétion somatotrope* entraîne le retard du développement statural et général. Les gonades faisant partie de ses effecteurs sont souvent retardées dans leur évolution, d'où la concomitance fréquente du retard de la croissance et de celui de l'instauration des fonctions sexuelles. Ainsi se constituent les infantilismes et adolescentismes hypophysaires.

b) *L'exagération* de cette même sécrétion est, dans sa forme la plus accentuée, l'origine des gigantismes. Plus atténuée, elle donne naissance aux types « aspergillaires » chez lesquels

les sécrétions gonadotropes et cortico-stimulantes sont en général insuffisantes, d'où retard de la mise en sécrétion de la gonade, de l'apparition des caractères sexuels secondaires et troubles asthéniques d'origine surrénale : pubertés retardées dans leurs composantes sexuelles et troubles morphologiques par absence des influences morphogénétiques ovariennes ou testiculaires et surrénaliennes.

c) *L'insuffisance des sécrétions gonadotropes* se traduit dans les deux sexes par le retard de l'apparition des hormones sexuelles, et par voie de conséquence, par celui du développement des caractères sexuels secondaires. Un peu plus tard, les premières menstruations apparues, elle a pour témoins chez la fille divers troubles menstruels, surtout retards et aménorrhées. Cette insuffisance peut d'ailleurs être dissociée et n'affecter qu'une des deux gonadostimulines, folliculinisante ou lutéinisante. Dans le cas de la première, aux troubles menstruels s'ajoutent des troubles morphologiques et métaboliques. Dans le cas de la seconde, on ne note que des troubles menstruels (surtout des dysménorrhées).

d) *L'hypersécrétion gonadotrope* est mal connue. On constate surtout *dans le sexe féminin* des exagérations de la fonction folliculo-stimulante, traduites par des pubertés avancées avec déséquilibre hyperfolliculo-hypolutéinique. Les caractères sexuels secondaires apparaissent tôt ainsi que les règles, de type ménorragique et souvent séparées par des phases d'aménorrhée. L'instinct sexuel est précoce. La fonction somatotrope est très souvent insuffisante et la taille petite. Même tableau *chez le garçon*, avec constitution d'un type courtaud, « bas sur pattes », précocité du développement et de l'instinct sexuels.

A ces troubles majeurs des sécrétions somato et gonadotropes peuvent s'adjoindre des *anomalies des autres fonctions hypophysaires* : elles portent surtout sur les hormones métaboliques et sont à l'origine, avec le diencéphale, de la plupart des dystrophies adipeuses de la puberté. Tels sont les plus courants des *dyspituitarismes de la puberté.*

2° *Syndromes d'origine ovarienne* : ces syndromes sont morphologiques, et dépendent de la sécrétion folliculaire, ou fonctionnels et imputables à l'anomalie des deux fonctions ou d'une seule d'entre elles. *L'insuffisance folliculaire* entraîne le retard de la formation et la discrétion des caractères sexuels secondaires, ainsi que des aménorrhées et des dysménorrhées. A l'inverse, *l'hyperfolliculinisme* se traduit par la précocité de tous les phénomènes de la puberté et le ralentissement de la croissance staturale. Il est marqué par des règles fréquentes, très abondantes et précédées de gonflement plus ou moins douloureux des seins.

L'hypersécrétion de progestérone ne s'observe pas à cette époque. Par contre, *l'insuffisance lutéinique* est fréquente et s'extériorise sous la forme de ménorragies avec dysménorrhées et troubles vagotoniques.

3° Les *syndromes d'origine testiculaire* par insuffisance ou hyperfonction primitives du testicule provoquent les mêmes anomalies que ceux qui sont secondaires à l'insuffisance ou à l'hyperfonction gonadotropes de l'hypophyse.

4° Les *syndromes d'origine thyroïdienne* sont rares. Il s'agit d'ordinaire d'une *insuffisance ancienne* qui entraîne le retard de tous les processus de la puberté : infantilisme thyroïdien. Lorsque l'hypothyroïdie est *fruste*, elle produit des obésités d'importance variable ainsi que, chez la fille, des troubles menstruels en général discrets. *L'hyperthyroïdie* ne se rencontre guère à cette époque.

5° *Syndromes d'origine cortico-surrénale* : *l'hypercorticosurrénalisme*, lorsqu'il dépend d'une tumeur, provoque une puberté très précoce avec forte croissance staturale. En l'absence de tumeur, la précocité de ces processus est moindre et on note de l'hirsutisme et, chez la fille, le développement de caractères morphologiques et neuro-psychiques de type intersexuel. *L'insuffisance addisonnienne retarde* considérablement la puberté. Quant à la *petite insuffisance surrénale*, elle s'accompagne d'insuffisance testiculaire ou ovarienne, quelquefois accentuée, avec vagotonie et insuffisance veineuse.

Caractères des troubles de la puberté. — Ainsi, les troubles de la puberté sont très polymorphes. Etendus à toute la personnalité dans certains cas, ils peuvent, en d'autres éventualités, être circonscrits à un seul des tissus ou appareils réactionnels. Partiels ou généraux, morphologiques ou fonctionnels, ils possèdent des caractères communs :

1° Ce sont des *troubles importants* : *a*) dans leur origine, parce qu'ils proviennent d'anomalies sécrétoires glandulaires susceptibles de créer des dysharmonies fonctionnelles définitives ; *b*) dans leur essence, parce que capables d'apporter aux derniers stades du développement de l'individu des matériaux ou des mécanismes anormaux, véritables « vices de forme » incapables d'amendement, une fois passée l'heure thérapeutique.

2° Ce sont des *troubles essentiellement évolutifs* qu'il importe de déceler dès leur apparition. Leur diagnostic est délicat et doit s'appuyer sur une clinique précise et comportant des examens répétés et échelonnés, seuls capables de montrer l'intensité des processus en cause.

3° Ce sont, pour la plupart, des *troubles malléables*, susceptibles de s'amender ou de disparaître sous l'influence d'une thérapeutique bien conduite et entreprise à temps.

Thérapeutique des troubles de la puberté. — La thérapeutique de ces troubles doit s'inspirer de quelques principes de nécessité stricte :

1° *Il faut agir vite car on lutte contre le temps.* C'est une course entre les effets du traitement et les développements de la situation pathologique.

2° *Il ne faut pas s'hypnotiser sur le syndrome que l'on traite* mais se rappeler que les moyens thérapeutiques auxquels on a recours peuvent avoir des incidences étendues. Donc surveiller les effets du traitement sur l'ensemble de l'économie.

3° *Il faut instituer des traitements d'esprit physiologique* tenant compte des anomalies fonctionnelles en cause et des capacités réactionnelles de l'organisme. En règle générale, préférer les thérapeutiques de régulation et de stimulation aux thérapeutiques substitutives, paresseuses et sans portée, dangereuses souvent.

4° En face d'un syndrome complexe, déterminer non seulement la dominante de ce syndrome mais aussi le premier but à atteindre. A cet effet se rappeler que, lors de la puberté, *les troubles du développement sont les plus importantes* et que le premier objectif doit être de réduire la distance qui sépare *l'âge physiologique* de *l'âge chronologique* du malade.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La stase intestinale et les enseignements de la radiologie [1]

Par Guy LEDOUX-LEBARD

Avant d'aborder ce sujet peut-être convient-il de donner une définition de la stase dans laquelle, depuis Lane, on s'accorde à trouver plus qu'une constipation, non par la durée, mais par le retentissement général, moins qu'une occlusion, car la stase ne s'accompagne pas de lésions organiques sténosantes.

L'étude de la stase par l'investigation aux rayons X, avec lesquels elle est née, avait paru d'abord faciliter beaucoup le classement de ses différentes formes et préciser ses causes étiologiques (Béclère, Aubourg, Barret).

Il semble qu'à condition de s'en tenir aux données les plus simples du problème : appréciation de la stase, recherche de malformations, cette étude puisse se faire et être fructueuse en associant la voie orale, le lavement, plus rarement les méthodes en couche mince ou de surimpression.

(1) Leçon faite à la Clinique thérapeutique de Saint-Antoine. (Professeur M. Loeper,), le 24 janvier 1942).

Le *transit intestinal* normal, lorsqu'il est observé dans des conditions se rapprochant le plus de la réalité, chez des sujets auxquels on fait prendre 150 grammes de baryte, de préférence le matin, montre la nécessité, pour pouvoir donner des indications, de tenir compte d'un *horaire de remptissage et d'un horaire d'évacuation* des différents segments coliques (Guénaux et Vasselle).

On constate alors que le remplissage se fait, lui, avec une régularité presque mathématique : le cæco-ascendant est rempli en totalité à la 6e heure et la tête de la colonne atteint le descendant vers la 8-10e heure, de sorte que l'ampoule rectale est remplie avant la 24e heure.

La vidange a lieu dès le lendemain, au bout de 24 heures, dans la matinée du deuxième jour, avec une selle évacuant, pour ses deux tiers, le repas opaque et pour le reste, les repas non opaques ingérés la veille, le cæco-ascendant reste encore faiblement opacifié, pommelé. Tel est le schéma à partir duquel on pourra observer ce qui se passe en cas de stase.

I. La stase non compliquée. — C'est la stase avec un minimum de troubles.

La stase droite.— Elle s'accompagne de douleurs et de troubles généraux tels que les ont bien décrits P. Duval et J.-Ch. Roux. La douleur peut n'être qu'une simple sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite ou s'accompagner de crises plus violentes, elle est le plus souvent sans rapport avec l'importance de la constipation.

L'horaire de remplissage sera souvent retardé, mais en outre, dans les formes accentuées, l'évacuation sera très ralentie, pouvant atteindre 80 à 190 heures disent certains auteurs qui font, de cette seule constatation, une indication chirurgicale (Audoin).

Le cæcum peut révéler des images anormales diverses avec aspect atone, en massue ou, au contraire, dislocation de la colonne barytée.

Les *troubles généraux*, dans ces formes même non compliquées, peuvent prendre une grande importance. Les troubles psychiques avec tendance hypocondriaque, avec dépression, qui les accompagnent si souvent, semblent liés au terrain sur lequel surviennent ces manifestations, mais il est bien prouvé que les troubles toxiques de la stase peuvent les déclencher.

A l'examen, on peut percevoir un cæcum dilaté, visible sous la paroi, il sera senti sous forme d'une masse gargouillante se contractant sous la main.

La stase gauche. — On la rencontre plus fréquemment que la précédente, parmi les stases segmentaires. Elle est caractérisée par une constipation, avec matières dures en général, et des douleurs siégeant dans la partie gauche de l'abdomen. L'examen radiologique confirmera cette stase segmentaire, avec le plus souvent, un horaire de remplissage normal, et une seule évacuation retardée un temps plus ou moins long.

Les deux stases, droite et gauche, peuvent s'associer, c'est la stase *bipolaire*, avec horaire de remplissage normal et évacuation retardée ; enfin, la stase peut être *généralisée*.

II. La stase intestinale avec malformations. — Il s'agit avant tout du mégacôlon et du dolichocôlon, parfois soupçonnés par la clinique, mais affirmés par l'examen radiologique.

La stase du mégacôlon, est particulièrement accentuée, les selles n'ont lieu souvent que tous les 4, 5, 6 jours, à bien plus longs intervalles même, par périodes, et on cite le cas d'un enfant resté sans exonération rectale pendant huit mois.

Cette stase présente deux caractères : sa constance et son opiniâtreté. Les selles sont très abondantes, malodorantes, souvent fragmentées.

Dans ces formes, nous ne nous attarderons pas sur le retard du transit que l'interrogatoire suffit à préciser pour insister sur les modifications morphologiques révélées par la radiologie. Avant même le lavement baryté qui exigera des litres de liquide, l'importance des images gazeuses rend apparente l'augmentation du calibre. Elle est généralisée ou localisée, et alors presque toujours au côlon descendant et sigmoïdien.

La stase du dolichocôlon (terme créé par Lardennois et Aubourg) se trouve mieux supportée de façon permanente, elle remonte au bas âge, mais sur ce fond de constipation vont survenir des crises de météorisme et même de subocclusion pouvant compléter les trois périodes évolutives schématisées par Baraduc. Ces crises sont particulièrement fréquentes dans les temps actuels et le lavement opaque se révèle très précieux pour écarter tout soupçon de lésion organique.

L'allongement colique est, là encore, généralisé ou localisé aux portions basses du côlon et s'associe assez souvent à la dilatation : *dolicho-mégacôlon*.

Dans tous ces cas, le lavement baryté aura encore l'avantage de pouvoir révéler une *diverticulose*, surtout visible sur les images d'évacuation, une malposition, un *volvulus*.

III. La stase compliquée de colite, de péricolite ou d'adhérences. — La stase avec *colite* revêt le tableau des colopathies muco-membraneuses avec tout ce qu'implique ce diagnostic sur les symptômes et le terrain de l'affection. La constipation par périodes s'accompagne parfois d'hypersécrétion avec *fausse diarrhée*, c'est-à-dire d'une hypersécrétion avec transit restant lent jusqu'au niveau du côlon terminal, ou l'expulsion de moules muco-membraneux de l'intestin.

Les signes radiologiques sont constitués : outre les signes de stase, par l'existence d'incisures plus ou moins rapprochées réalisant un aspect discontinu (Chiray), spasmodique, des intervalles clairs non remplis ou injectés, mais filiformes, s'observent sur le trajet colique. Quant aux images muqueuses ou même simplement d'évacuation, elles sont d'interprétation plus délicate.

C'est le côlon droit qui est le plus atteint et la *typhlite* avec stase, gros cæcum, souvent péricolite en est un exemple. Les signes généraux d'intoxication y sont au maximum et l'exploration par ingestion ou mieux par lavement montrera soit une dilatation du cæcum, avec quelques signes spasmodiques, soit une contracture en masse pouvant même presque réaliser l'image de vacuité cæcale délimitée par les colonnes oxale et rectale. Image sur laquelle avait jadis insisté Stierlin (de Bâle) comme signe de tuberculose.

La typhlatonie de Fischler constitue un type un peu différent ; on y retrouve la douleur et les troubles généraux avec la dilatation cæcale, mais d'étiologie post-inflammatoire et, en particulier post-typhoïdique (Loeper).

A *gauche*, ces colites s'accompagnent en règle de fausse diarrhée, on peut, comme à droite, palper une tumeur ; l'examen radiologique mettra assez fréquemment en évidence une diverticulite qu'il faudra toujours soupçonner dans ces cas.

Ces manifestations d'ordre inflammatoire ne sont pas sans pouvoir se compliquer à la longue d'*adhérences* dont on a noté la fréquence au cours de la péricolite et dont on a cherché à caractériser les aspects radiologiques sans parvenir à des signes de certitude.

La stase intestinale peut s'entourer de *manifestations plus éloignées* et les formes compliquées peuvent l'être en réalisant un syndrome entéro-hépatique, typhlo-cholécystique, entéro-rénal; mais la fréquence réelle de certains de ces syndromes peut être mise en doute.

L'*étude radiologique* des stases, compliquées ou non, permet-elle d'aller plus loin et de chercher à faire un **diagnostic étiologique et pathogénique**. On avait tendance, dans les stases sans anomalies congenitales, essentielles, à la suite des travaux de Aubourg, de Lebon, de Bensaude, Guénaux et Vaselle à en tirer argument pour distinguer le groupe des formes *atoniques* et celui des formes *spasmodiques*, en un mot, à faire intervenir l'état moteur de l'intestin dans leur classification.

Or, toute une partie de la physiologie colique échappe à la radiologie, qu'il s'agisse des petits mouvements de *pétrissage*, trop minimes, ou des grands mouvements péristaltiques de *propulsion*, trop rares. Il s'agit là d'un terrain encore insuffisamment déblayé et l'on pourrait s'aider encore des tests pharmacodynamiques : prostigmine, lobe postérieur d'hypophyse, hormones génitales même, ou des tests nerveux : infiltrations et sections sympathiques.

Par contre, il est tout un côté que l'examen clinique ne devra pas négliger, c'est la recherche de lésions à distance, particulièrement de la sphère ano-génitale si souvent à l'origine des stases gauches.

Le traitement. — Il comprend plusieurs chapitres bien différents, mais d'abord celui de l'*hygiène générale* étant donné souvent le terrain constitutionnel ; du régime, dans lequel on supprimera les graisses presque toujours très mal supportées par les colitiques.

Dans *les médicaments*, on doit abolir les *purgatifs* auxquels ces malades recourent souvent depuis des années. Les seuls tolérés seront les médicaments *évacuateurs* agissant mécaniquement par glissement. L'huile de paraffine surtout, extraite des pétroles du Caucase, prise le soir par cuillerée à soupe, les jus de fruits. D'autres médicaments agissent plutôt en augmentant le bol fécal: agar-agar, graines de lin, qui n'arrivent plus en ce moment; son, que le taux de blutage actuel de la farine incorpore au pain. Cette action mécanique de la cellulose est nécessaire, car sa carence laisse subsister un certain nombre de constipations, (N. Fiessinger).

Les médicaments *calmants* sont à juste titre très employés, car la part d'irritation et de spasme prend toujours à la longue ou par périodes, un caractère dominant. La belladone d'abord qui associée aux évacuateurs réussit si bien, à côté d'elle la papavérine, les pilules classiques de Méglin. Les désinfectants légers auront moins d'indications.

On ne manquera pas non plus de traiter les *insuffisances digestives* et *sécrétoires* associées ; biliaires, pancréatiques, par les extraits de ces organes, les insuffisances glandulaires par l'opothérapie en y comprenant les hormones génitales, les hormones hypophysaires qui peuvent avoir, chez la femme, un rôle heureux. D'autant plus que la stase peut faire partie d'une insuffisance musculaire lisse généralisée (léïasthénie de Loeper et Baumann), améliorée par l'extrait de lobe antérieur, mais aussi postérieur.

Les traitements *physiothérapiques*, les eaux classiques de Plombières, Châtel-Guyon, trouvent leurs indications majeures dans les formes compliquées.

Ce sont les *chirurgiens* qui se sont d'abord intéressés à la stase intestinale et les travaux de Lane, la thèse de Sorrel sont classiques, mais le remède qu'ils opposèrent à la maladie, a perdu beaucoup de terrain; les indications opératoires restent très limitées. Les colectomies sont à proscrire et il est peu d'opérations de dérivations qui soient efficaces. Par contre, une voie nouvelle s'est ouverte à la chirurgie en tant que thérapeutique fonctionnelle. L'examen radiologique a rendu compte des transformations presque subites qui pouvaient s'opérer sous nos yeux, après section, ou par simple infiltration, de la chaîne lombaire ou des splanchniques: diminution de calibre, péristaltisme accru, disparition de la constipation. Les cas observés par Van Busirk, par Leriche, sont surtout frappants dans le mégacôlon et chez l'enfant, mais le dolichocôlon, les stases non compliquées peuvent également en bénéficier bien que les résultats obtenus ne soient pas toujours constants, ni durables.

Le traitement du panaris par la radiothérapie. — Zimmer rapporte (Thèse de Paris, 1942), cinquante cas traités par R. Ledoux-Lebard à la Salpêtrière. Il a utilisé des doses faibles, d'autant plus faibles que le processus est plus aigu, appliquées tous les deux ou trois jours.

Résultats en deux ou trois séances dans les diverses formes de panaris ; dans ceux avec ostéite, la radiothérapie permet d'éviter souvent une amputation partielle ou totale du doigt.

Ne pas hésiter à faire une ponction ou une petite incision en vue d'évacuer le pus ; avec traitement radiothérapique ultérieur, elles sont plus économiques qu'habituellement.



Une nouvelle observation de syndrôme endocrino-hépato-myocardique

Par **G. FAROY** et **PAILLAS**

Les travaux de de Gennes et de Royer de Véricourt, nous ont appris à connaître le syndrome endocrino-hépato-myocardique. Un certain nombre d'observations a été rapporté pendant ces dernières années ; elles sont cependant assez rares encore pour justifier, croyons-nous, la publication d'un nouveau cas que nous venons d'étudier.

A... F..., 32 ans, marié, sans enfant, cheminot, entre dans notre service le 3 janvier 1941 pour des douleurs épigastriques à type de pesanteur post-prandiale.

Le début de ces troubles remonte au début de l'année 1937 ; il fut marqué par des douleurs épigastriques, déjà à type de pesanteur, et par une diarrhée intermittente accompagnée parfois de petites hémorragies de sang rouge. Ces troubles ont duré environ trois semaines ; un médecin consulté prescrivit un traitement hépatique.

Au mois de septembre 1939, notre malade a été mobilisé. Il s'accommoda mal de la nourriture et, à différentes reprises, ressentit des douleurs dans la région épigastrique et dans l'hypochondre droit, et présenta de la diarrhée.

En décembre 1940, il accusa à nouveau les troubles qui l'ont amené à se faire hospitaliser.

A l'examen, on est frappé d'emblée par la pigmentation généralisée des téguments du malade, apparue d'après lui pendant la guerre. Elle a atteint d'abord les régions découvertes, le visage, le cou, les mains, puis s'est étendue à toute la surface cutanée.

La peau est brune, avec des reflets ardoisés ; elle est plus foncée par endroits ; des taches très pigmentées de petites dimensions, existent sur le cou, les épaules et sur la partie supérieure des bras. La teinte foncée s'accentuerait après une exposition prolongée au soleil La paume des mains, la plante des pieds ne sont pas atteintes ; les conjonctives sont d'apparence normale.

On ne trouve aucune pigmentation sur les lèvres, les gencives, la langue, le voile du palais, la face interne des joues ; par contre, sur le gland se constatent deux taches brun chocolat, qui auraient, paraît-il, toujours existé. Les cheveux ont toujours été très noirs.

Le malade n'accuse aucune asthénie, aucune fatigabilité anormale, comme nous avons pu le constater par l'épreuve du dynamomètre. Au contraire, il insiste sur le fait qu'il a poursuivi son travail encore tout récemment sans éprouver la moindre fatigue et il se sent parfaitement apte à reprendre son service.

L'examen de l'abdomen révèle une hypertrophie considérable du foie (25 centimètres sur la ligne mamelonnaire) ; il dépasse le rebord costal de plus de 15 centimètres, occupe tout l'hypochondre droit et descend dans la fosse iliaque ; il est retrouvé au-dessous de l'ombilic et dans l'hypochondre gauche.

Il a une surface lisse, un bord régulier ; il est dur et insensible.

La rate est percutable sur trois travers de doigt. Il n'y a pas de circulation veineuse collatérale anormale, pas d'ascite, pas d'œdème non plus aux membres inférieurs.

Le *cholestérol* sanguin est abaissé à 1 gr. 20 ‰. Une épreuve de *galactosurie provoquée* montre de gros troubles hépatiques ;

	Volume des urines	Concentration ‰	Galactose éliminé
	—	—	—
1er échantillon.......	255 c.c.	4,745	1 gr. 21
2e échantillon........	300	1,233	0,37
3e échantillon........	450	0,733	0,33
4e échantillon........	400	0,50	0,20
Volume total :	1.405	Galactose total éliminé .	2,11

Orienté vers le diagnostic de *cirrhose pigmentaire*, on recherche des symptômes de diabète ; le malade n'accuse ni polyphagie, ni polydypsie, ni polyurie. Il n'existe pas de sucre dans les urines. Au premier examen, le taux de la glycémie à jeun est de 1 gr. 81, ce qui paraît paradoxal ; mais aux dosages suivants, on trouve . 1 gr. 01, 0 gr. 78, 1 gr. 10, 1 gr. 15.

On pratique alors une épreuve d'*hypoglycémie provoquée* ;

A jeun, la glycémie est de 1 gr. 10 ;

20 minutes après injection de 12 unités d'insuline, la glycémie est de 1 gr. 02 ;

30 minutes après injection de 12 unités d'insuline, la glycémie est de 0 gr. 99 ;

50 minutes après injection de 12 unités d'insuline, la glycémie est de 0 gr. 94 ;

2 heures 45 après injection de 12 unités d'insuline, la glycémie est de 0 gr. 76.

Puis une épreuve d'*hyperglycémie provoquée*, qui décèle une flèche d'hyperglycémie de 0 gr. 85, une durée d'ascension de 67 minutes,

une durée totale de l'hyperglycémie de 2 heures 8 minutes ; d'où une aire hyperglycémique de 0,91, soit en aire millimétrique 0,57.

Il y a donc augmentation de la flèche, allongement de la durée totale d'hyperglycémie et augmentation de l'aire, ce qui traduit des troubles de la glycorégulation, malgré l'absence de glycosurie et une glycémie normale.

Il s'agit donc d'une *cirrhose pigmentaire*, avec la note endocrinienne que les observations récentes ont soulignée.

L'existence d'un *syndrome polyendocrinien* se confirme en effet par un examen et un interrogatoire plus complets. Le malade est presque imberbe ; il s'est rasé pour la première fois à 21 ans ; actuellement, il se rase tous les huit jours, mais sans que la nécessité s'en fasse toujours sentir.

Il ne porte aucun poil aux aisselles où la peau est très fine, ni sur le thorax, ni sur les membres ; les poils pubiens sont rares et leur limite supérieure est horizontale (type féminin).

Les testicules sont petits, la verge peu développée. Le malade reconnaît qu'il n'a de rapports sexuels que très rarement et qu'il n'en éprouve que peu le désir. Il n'a pas d'enfants.

Le métabolisme basal, par contre, est normal, — 3,5 % ; la selle turcique est normale.

Il est intéressant de noter que cet ensemble endocrinien existe depuis fort longtemps ; pilosité, frigidité, impuissance ont toujours été telles.

Les examens neurologiques et pulmonaires ne révèlent rien. Dans les urines, pas d'albumine, pas de pigments, ni de sels biliaires, mais présence d'urobiline. L'urée sanguine est de 0 gr. 30.

L'état général est satisfaisant, malgré un amaigrissement de trois kilos pendant les derniers mois ; la température est normale.

Les différents examens complémentaires pratiqués nous ont donné les résultats suivants :

La numération globulaire montre une légère anémie ; la formule leucocytaire est inversée :

Globules rouges : 3.760.000	Globules blancs : 4.800
Hémoglobine : 75 %	Poly-neutrophiles : 49 %
Valeur globulaire : 0,99	Poly-éosinophiles : 1 %
Morphologie normale.	Lymphocytes : 42 %
	Monocytes : 8 %.

La résistance globulaire est légèrement abaissée :

Hémolyse initiale ; 5 gr. 2 de chlorure de sodium.
Hémolyse totale ; 3 gr. 4 de chlorure de sodium.
Le chlore globulaire est légèrement augmenté ; 2 gr. 20.
Le chlore plasmatique est légèrement abaissé : 3 gr. 40.
Le rapport érythro-plasmatique est augmenté : 0,64.

Il nous a été impossible de pratiquer les dosages du potassium, du sodium et du soufre sanguins.

Le malade étant sorti de l'hôpital, nous n'avons pas eu le temps d'étudier sa sécrétion pancréatique externe par une épreuve à la sécrétine, ce qui eut été intéressant, en raison des troubles digestifs antérieurs.

L'interrogatoire n'a permis de retrouver aucune des causes signalées parfois dans l'étiologie des cirrhoses pigmentaires : pas d'antécédents éthyliques, paludéens, tuberculeux ou syphilitiques ; le B. W. sanguin est négatif.

Soulignons cependant l'apparition en 1931 d'une crise de rhumatisme articulaire qui n'a été suivie d'aucuns symptômes fonctionnels cardiaques, non plus que d'autres manifestations articulaires.

Nous avons appris par la suite cependant, que, quelque temps après sa sortie de l'hôpital, le malade est mort rapidement et probablement par son cœur.

A l'entrée dans le service, l'*examen cardio-vasculaire* montre simplement un pouls petit, une tension artérielle basse de 10,5-8, enfin quelques extrasystoles, sans autres signes d'auscultation. Une radiographie met en évidence une augmentation de l'ombre cardiaque.

Ces symptômes nous font prévoir l'existence d'un *élément myocardique* que l'évolution ne tarde pas à confirmer, en faisant apparaître un nouveau symptôme de défaillance cardiaque.

En effet, le 29 janvier, on constate l'existence d'un bruit de galop, sans la moindre manifestation subjective anormale ; le 8 février, date à laquelle le malade veut quitter l'hôpital, ce bruit de galop persiste encore.

Voici le résultat d'un électro-cardiogramme pratiqué le 1er février par le Docteur Lemant ; il montre un rythme sinusal régulier à 80, des ondes auriculaires P aplaties, des segments auriculo-ventriculaires allongés, PR = 0"22.

En ce qui concerne les complexes ventriculaires, les ondes rapides sont de très faible amplitude, aplaties, très épaissies ; les ondes lentes T ont disparu.

L'allongement de l'espace PR, les altérations très marquées des ondes rapides, la disparition des ondes lentes constituent des anomalies importantes et d'un gros intérêt. Elles sont habituellement signalées dans le syndrome endocrino-hépato-myocardique.

En résumé, il s'agit bien d'un syndrome endocrino-hépato-myocardique dont les trois éléments sont nettement caractérisés.

De même que, dans deux observations récentes de de Gennes et Germain, les symptômes endocriniens ont précédé de loin l'apparition des autres parties du syndrome.

Nous signalons en passant que notre cas concerne encore une fois un cheminot, particularité qui a été relevée par Royer de Véricourt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1942

Natalité et mortalité de 0 à 1 an, en 1938 comparées avec 1940. — *MM. Lesage* et *Moine* constatent que le chiffre des naissances vivantes a baissé de 579.493 en 1938 à 534.897 en 1940 pour 87 départements, soit une perte de 44.602 nouveaux-nés. Par contre le nombre des décès est passé de 37.980 en 1938 à 48.760 en 1940 soit une augmentation de 10.780, ces deux chiffres additionnés accusent donc une perte de 55.382 enfants, d'autre part le taux des décès pour 1.000 enfants s'est élevé pareillement de 65,5 à 91.3 soit une augmentation de 39 4 % seuls les départements des Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Corse, Haute-Savoie Vaucluse font exception, les départements les plus atteints sont : l'Aube, et l'Aisne.

De l'utilité des examens et des traitements urologiques dans certaines pyélonéphrites du nourrisson et de la première enfance. — *M. C. Lepoutre.* — La plupart des pyelonephterites du nourrisson et de la première enfance guérissent par un traitement médical. Si la guérison n'est pas obtenue, il faut rechercher par les examens spéciaux de l'appareil urinaire la raison de la persistance de la maladie. Le catheterisme des uretères est réalisable chez l'enfant sur un peu d'expérience et beaucoup de patience.

Le catheterisme des uretères avec désinfection du bassinet est particulièrement efficace dans les cas aigus avec fièvre. M. Lepoutre apporte un cas nouveau de guérison d'une pyélonéphrite chez un nourrisson de huit mois, et rappelle ceux qu'il a déjà publiés.

Teneurs des divers goudrons en benzopyrène, carbure cancérigène. — *M. André Kling* et *Mme M. Heors*, utilisant une méthode optique qu'ils ont décrite en 1939, ont effectué le dosage du benzopyrène, carbure hautement cancérigène, qui se trouve dans les diverses variétés de goudrons et dans leurs dérivés. Pour les goudrons bruts de haute température (Usines à gaz et goudrons pour routes), cette teneur oscille entre 3 et 8 gr. par kilog. Ils rappellent qu'il suffit de quelques milligrammes de benzopyrène appliqués sur la peau pour y provoquer une cancérisation locale.

L'hydrogénation des goudrons à haute pression et à haute temperature appauvrit dans de grandes proportions la teneur en benzopyrène de ces goudrons.

Les goudrons dits de basse température, qui prennent naissance dans la semi carbonisation fournissant le semi coke ne contiennent, par contre, que 0 gr. 100 par kilog de benzopyrène.

Les dangers inhérents à l'emploi des goudrons pour le revêtement des routes, pourraient être aisément supprimés, soit par remplacement des goudrons à haute température par ceux de basse température ou par des asphaltes, bitumes, etc.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (Médecine et spécialités médicales).

Classement des candidats : En première ligne : M. Lhermitte.

En seconde ligne, *ex-æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Ameuille, Aubertin, Chiray, Sézary et Troisier.

Adjoints par l'Académie : MM. Leroux, Pruvost et Touraine.

M. Lhermitte est élu par 61 voix.

Ont obtenu M. Aubertin, 4 voix ; M. Ameuille, 3 ; M. Sézary, 2 ; M. Leroux, 1 ; M. Troisier, 1 ; M. Chiray, 1.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1942

Chondrome diaphysaire de l'humérus à image radiologique atypique. — *M. Frantz* fit une ostéotomie exploratrice qui établit le diagnostic de chondrome. (M. Senèque rapporteur).

Shock grave par éviscération traumatique de l'intestin. — *M. Suire* (Niort) a obtenu la fin des phénomènes de shock par l'emploi systematique de la rachi-anesthésie et

de la morphine intraveineuse. Dans un des trois cas il y eut deux rachi-anesthésies consécutives.

Dans un cas de shock hémorragique sans grande hémorragie l'ablation de l'organe lésé a amené une guérison rapide. (M. GOSSET).

Le sang extravasé pourrait être dans certaines conditions toxique pour le malade (M. LAMBRET).

Un cas de shock par écrasement a été amélioré par la rachi-anesthésie (M. BAZY).

Colectomie droite pour cancer. — Un an plus tard colpo hystérectomie pour cancer du corps en 1918. En 1941 crise de volvulus en aval de l'anastomose iléotransverse ancienne, sur le bout intestinal ainsi progressivement dilaté en vingt-deux ans. (M. HARTMANN).

Traitement des fractures par enfoncement du plateau tibial. — *M. Merle-d'Aubigné* distingue ces fractures en deux catégories : sus ligamentaires, irréductibles par manœuvres externes et où persistera de la latéralité et sous-ligamentaires aisément réduites mais donnant lieu à des attitudes vicieuses.

Il faut toujours commencer par la réduction orthopédique. Ne pas faire d'intervention chirurgicale immédiate. L'opération secondaire sur des fractures déjà partiellement consolidées est facile et efficace. Elle consistera en général en ostéotomie cunéiforme pour les sous-ligamentaires et en greffe sous-cartilagineuse pour les supra-ligamentaires.

Luxation irréductible du genou. — *M. Jean Gosset* a obtenu un résultat excellent par une syndesmoplastie des croisés avec le tendon du grand adducteur et la réfection du ligament latéral interne.

Phlegmons sublinguaux et angine de Ludwig. — *M. Dufourmentel* apporte 130 observations. Les cellulites hypertoxiques sont spéciales : on n'y trouve aucune cause locale nette, absence de pus, jamais de frissons, impossibilité de guérir. Ces caractères différencient ainsi la vraie angine de Ludwig des autres phlegmons de la région. Même les phlegmons gangréneux, les plus sévères ne sont pas des formes vraies d'angine de Ludwig.

Plusieurs orateurs, Moulonguet, Mondor, s'opposent à cette définition de l'angine de Ludwig, dont ils ont pu guérir certains exemples.

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mai 1942

Ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. — *MM. Hillemand, Clérigié* et *Audoly* projettent les radiographies d'un ulcère de la face postérieure apparaissant sur les clichés de face sous forme d'une tache plus opaque a contours réguliers. En décubitus dorsal, la niche du volume d'un œuf de pigeon, se projetait sur la petite courbure.

Les auteurs insistent sur la rareté de cette localisation et sur la nécessité de recourir le plus souvent à des techniques radiologiques spéciales pour dépister les niches méconnues.

Epreuve de l'eau appliquée à l'étude de la polyurie du diabète insipide. — *M. Julien Marie* a étudié chez deux enfants atteints de diabète insipide l'épreuve mixte de l'eau et de la soif associées. Il a constaté que la polyurie continue malgré la restriction considérable des boissons, la densité urinaire restant faible, en même temps que la déshydratation de l'organisme entraîne une soif intense. Cette épreuve permet de montrer que la polyurie peut se prolonger pendant des heures sans ingestion de liquides et qu'elle est bien le symptôme fondamental du diabète insipide vrai.

Action du neptal dans le diabète insipide. — *M. Julien Marie* étudiant l'action oligurique du neptal dans le diabète insipide a constaté qu'elle ne se produit que si le diabétique est soumis au régime chloruré.

Etude de la filtration glomérulaire dans le diabète insipide. — *MM. Julien Marie* et *Ph. Seringe* ont étudié a l'aide de l'épreuve de Rahberg, la filtration glomérulaire chez quatre diabétiques insipides. Les résultats démontrent que le volume du filtrat glomérulaire n'est pas augmenté.

Essai sur la pathogénie du diabète insipide. — *M. Julien Marie* considère la polyurie insipide comme la conséquence d'une hypoperméabilité des membranes des cellules chargées de la réabsorption de l'eau ; par contre la perméabilité des membranes pour NaCl est conservée. Cette pathogénie s'adapte aux différentes variations de la polyurie insipide.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Les cholécystites chroniques non lithiasiques

Le terme de cholécystite chronique n'est pas synonyme de lithiase biliaire, comme on le croyait jusqu'à ces dernières années. L'irritation de la vésicule, disent MM. P. Brodin, A. Aubin et P. Taveau (*Presse médicale*, 20 avril 1942) peut revêtir des aspects multiples allant de la simple stase aux altérations importantes du cholécyste avec adhérence aux organes voisins. Cet ensemble constitue le vaste groupe des cholécystites non calculeuses.

Ces cholécystites sont très fréquentes et à l'origine d'un grand nombre de troubles dyspeptiques et douloureux. Ce sont des cholécystites réflexes, dont la lésion initiale est une stagnation biliaire provoquée par un trouble de l'évacuation vésiculaire déclenchée par une excitation à distance, le plus souvent intestinale.

Le diagnostic doit être fait précocement, avant que la stase biliaire ne soit compliquée d'infection. Ce diagnostic est possible par l'étude radiologique du transit digestif dès que l'attention est attirée par des troubles digestifs et une légère sensibilité vésiculaire,

L'étude de ce transit met en évidence les signes de cholécystite et permet le plus souvent de reconnaître le trouble intestinal (appendicite chronique, malformation du gros intestin, constipation), associé parfois à un trouble endocrinien (appendicite chronique coexistant chez les jeunes filles avec des règles douloureuses) et d'y remédier par un traitement approprié.

La lévulosurie

D'après MM. Paisseau, Hazard, Ferroir (*Presse Médicale*, 10 mars 1942) la lévulosurie pure sans glycosurie associée n'est pas aussi exceptionnelle qu'on le croit. La lévulosurie peut survenir à tout âge. Il faut y penser devant l'absence d'action du régime antidiabétique ; l'action de la suppression du sucre et des fruits qui fait disparaître le sucre des urines : le caractère non évolutif de la glycosurie, l'absence d'hyperglycémie. Mais le diagnostic repose surtout sur l'examen chimique des urines : elles réduisent la liqueur de Fehling, ont un pouvoir rotatoire gauche, enfin donnent en présence de résorcine et d'acide chlorhydrique la coloration rouge caractérisant la réaction de Selivanoff.

La lévulosurie peut s'accompagner de troubles simulant le diabète et de phénomènes douloureux importants. Il est facile de la traiter en supprimant les fruits et le saccharose. Mais la lévulosurie étant infiniment moins grave que le diabète, un régime strict n'est pas nécessaire. Enfin on peut essayer un traitement spécifique qui peut agir dans certains cas.

Tuberculose et précarences

MM. Warembourg. Boulanger, Swyngedauw et Poiteau, reprenant la question des relations entre la tuberculose et les carences en vitamines (*Presse Médicale*, 30 avril 1942), aboutissent aux conclusions suivantes : pour ce qui concerne les facteurs A, B. et D, les précarences sont du même ordre que chez les sujets sains vivants dans les mêmes conditions d'existence et doivent être rapportées à un déficit d'apport vitaminique dans les rations alimentaires actuelles. Par contre, les tuberculeux présentent une précarence importante en facteur C, correspondant à une consommation excessive de cette vitamine par l'organisme tuberculeux. Les auteurs se demandent si cet état carentiel est en rapport avec les aspects nouveaux de la tuberculose : fréquence des formes aiguës et graves importance des localisations extra-pulmonaires chez l'adulte et le vieillard. Mais la carence vitaminique n'intervient certainement que pour une part, et il faut tenir compte des autres déficits de la ration alimentaire et des conditions de vie physiques et morales.

Le traitement de la névralgie faciale par l'hydantoïne

M Bergouignan a utilisé les sels d'hydantoïne dans 3 cas (*Rev. de Laryng , Otol. et Rhinologie*, janvier 1942). Une femme, chez qui on avait pratiqué plusieurs alcoolisations du trijumeau et une tentative de neurotomie, a vu disparaître ses crises par l'ingestion quotidienne de 0.20 de diphenyl-hydantoïnate de soude. Même succès dans une névralgie faciale d'abord améliorée par les alcoolisations et la radiothérapie puis devenue rebelle aux alcoolisations. Dans un autre cas, disparition des troubles sympathiques qui accompagnaient des crises de névralgie faciale. Résultats obtenus avec des doses variant de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 et se maintenant après deux mois de traitement.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La sulfamidothérapie dans les méningites d'origine otitique

A condition d'avoir pu traiter convenablement le foyer primitif, otitique ou rhinopharyngé, les résultats fournis par W. Tonndorf (*Deut. med. Wochensch.*, 17 avril 1942), sont extrêmement satisfaisants. Sur une statistique homogène de 24 cas traités à l'albucid (en associant les voies intra-rachidienne, intra-musculaire et buccale), 16 patients ont été guéris.

Les cas mortels ont été rencontrés soit dans les formes suraiguës traitées trop tardivement, soit chez les sujets âgés.

L'auteur suit le nombre de cellules dans le liquide céphalo-rachidien pour apprécier l'influence du traitement.

Un sang artificiel

Sous ce nom, Liesegang et H. Lampert (*Münch. med. Wochensch.*, 24 avril 1942), proposent un milieu colloïdal composé de gélatine et d'une substance du groupe de l'hémoglobine : l'hémine. Sa conservation est aisée, et il est bien supporté. D'après leur expérience, les auteurs le recommandent à la dose de 350 c. c. et plus, comme « ersatz » sanguin et, à la dose de 100 c. c. répétée au besoin quotidiennement, comme soutien général.

Les vitamines C et K dans le traitement des hémoptysies

Scoz (*Klin. Wochensch*,, 8 avril 1942), pense que l'estimation de la vitamine K par la méthode de Quick chez les tuberculeux pulmonaires présentant des hémoptysies, révèle souvent un abaissement de la prothrombine. Ceci à condition d'opérer sur le sérum dilué qui rend plus sensible les différences comme le montrent ses résultats.

La vitamine C agit chez ces malades bien que chez eux une avitaminose réelle soit rare. Elle a une action non seulement sur les vaisseaux, comme le pense Hasselbach, mais également sur la coagulation sanguine.

Quelques exemples montrent les modifications du temps de coagulation et du temps de saignement obtenu par ce traitement qui n'arrête cependant pas toujours les hémoptysies.

Infection focale et endoallergie

MM. Schnetz et H. Mathis (*Mediz. Klin.*, 17 avril 1942), entendent sous ce dernier terme l'allergie instaurée dans l'organisme par sa réaction à un allergène endogène. Le foyer infectieux local, très variable, peut être responsable de cet état allergique de l'organisme et favoriser l'action d'un allergène étranger produisant alors : asthme, urticaire, entéro-colite. L'infection focale à l'origine de l'allergie endogène peut être une sinusite, une amygdalite, mais il peut s'agir aussi d'une polyarthrite, d'une bursite, d'une néphrite, d'une gastrite, etc.

La thérapeutique instituée en tenant compte de ces états infectieux et endoallergiques a donné des succès pouvant justifier cette conception.

Bronchopneumonie chronique sur terrain asthmatique et tuberculose pulmonaire

Il s'agit d'un cas très intéressant que Mordasini (*Deutch. Tuberkulose Blatt*, avril 1942) a observé à Davos chez un malade de 55 ans présentant un état général progressivement déclinant, des signes pulmonaires, de la température, et des aspects radiologiques extensifs faisant pencher vers une tuberculose.

Mais l'absence de bacilles, l'existence d'une éosinophilie élevée ont fait pratiquer un traitement chimiothérapique (Dagenan) qui a fait régresser complètement les signes précédents. L'expectoration montrait une flore bactérienne assez mélangée.

Il convient donc dans ces cas de songer aux ressources de la chimiothérapie moderne, particulièrement lorsqu'il existe une éosinophilie.

Le traitement des ulcères de l'estomac avec le progestérone et d'autres dérivés du cholestérol

Le traitement des ulcus par les hormones commence à être suffisamment expérimenté pour que l'on puisse apprécier sa valeur et Kornsch (*Deut. mediz. Wochensch.*, 24 avril 1942) qui a reconnu les bons résultats obtenus par la folliculine, a poursuivi ses essais avec les hormones de synthèse dérivées du cholestérol : progestérone, androstérone et acétate de desoxycorticostérone. Il a constaté que les injections de la première à la dose quotidienne de 20 mmgr. ont une action certaine sur la guérison des ulcus, bien que moins importante que la folliculine et sans inconvénients chez l'homme.

Le mélange progestérone-androstérone agit surtout sur les gastrites, et l'hormone surrénale enfin, malgré sa parenté chimique avec la première, semble n'avoir, à la dose quotidienne de 10 à 20 mgr., qu'une action minime.

Aucune observation ni aucun pourcentage se rapportant aux cas traités n'est fourni.

Hypophyse et lactation

Rappelant les constatations expérimentales ou cliniques de divers auteurs et les rapprochant des siennes, E. Fauvet (Berlin) pense que les faits suivants sont établis (*Klin. Wochensch.*, 25 avril 1942).

L'hormone agissant sur la lactation, trouvée dans l'hypophyse, prépare en fait un développement, qui, sur une glande au repos, peut aboutir à la lactation. Les images histologiques de pleine lactation commencent au plus tôt six jours après l'emploi de l'hormone. On ne peut attendre de cette hormone une action thérapeutique sur une mamelle pleinement développée mais pas mûre fonctionnellement.

La pathologie offre de semblables exemples aboutissant chez l'homme, par conséquent sans intermédiaire ovarien souvent invoqué, à un développement de la glande et même à une fonction lactée.

L'auteur pense que le problème non encore entièrement résolu doit être abordé non sous l'angle d'une hormone de lactation mais d'un développement électif de la glande mammaire.

L'excrétion des polypeptides dans l'urine au cours de la grossesse

M. Neuweiler (*Klin. Wochensch.*, 25 avril 1942) a observé un abaissement des polypeptides sanguins au cours de la grossesse et a songé à les étudier dans les urines. La méthode employée dérivée de celle de Cristol et Puech, lui a permis de constater une légère diminution par rapport à la normale. Par contre le pouvoir de passage des albumines est augmenté. Or, dans le sang, on note concomitamment à l'abaissement léger des polypeptides, une élévation des protides, de sorte qu'en cas de troubles du fonctionnement rénal s'explique la diminution relative des polypeptides par rapport à l'albumine, avec diminution du quotient.

Ces résultats ont été trouvés au cours de la grossesse et les premiers jours après l'accouchement ; pendant les toxicoses gravidiques on trouve une grosse excrétion de polypeptipes sans modifications du quotient.

Recherches sur l'action percutanée de l'histamine

L'action générale de l'histamine, souvent bienfaisante, en particulier dans le rhumatisme, peut être obtenue par l'ingestion ou même la voie percutanée : pommades, ionophorèse. H. Kalk (*Klin. Wochensch.* 25 avril 1942) a utililise en dernier une pommade contenant 2,1 % de disalicylate d'histamine, placée sur la peau préalablement frottée. A l'endroit de l'absorption se développe une sorte d'urticaire ; mais on constate également une action générale de l'histamine comme l'ont vérifié l'étude de la sécrétion gastrique et celle de la tension artérielle abaissée, de un à trois centimètres, pour la maxima et la minima, au bout d'une vingtaine de minutes.

On ne doit pas s'étonner de l'action percutanée d'une substance comme l'histamine dont l'effet peut se manifester à la dose de 0,1 mmg., alors qu'ici 40 mmgr. environ sont employés. Ainsi se trouvent démontrés son action générale et sa valeur thérapeutique par voie percutanée.

G. Ledoux-Lebard.

INFORMATIONS

Facultés de médecine. Sont déclarées vacantes les chaires : à ALGER : chaire de physiologie (dernier titulaire : M. Tournade) ; à LYON : chaire de médecine opératoire (dernier titulaire : M. Santy) ; à NANCY, chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Watrin), chaire de thérapeutique (dernier titulaire : M. Drouet) ; à LIMOGES, chaire de pharmacie (dernier titulaire, M. Gérald).

A TOULOUSE, la chaire d'anatomie médico-chirurgicale est transformée en chaire de médecine légale (dernier titulaire M. Clermont) ; la chaire de pathologie chirurgicale est transformée en chaire de clinique oto-rhino-laryngologique (dernier titulaire : M. Caubet).

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. Direction régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris. — *Concours pour la nomination à l'Hôpital du Raincy* (Seine), pour une place de médecin chef et une place de médecin suppléant.

Ce concours sera ouvert le 17 juin 1942, à 9 heures, à l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria.

Inscriptions du 25 mai au 2 juin 1942, 3, avenue Victoria.

Bourses de vacances pour les étudiants. — Les Laboratoires du Docteur F. Debat rappellent qu'ils consacrent comme les années précédentes, une somme de 100.000 francs à la création de bourses de vacances de 1.000 ou 500 francs, destinées à de jeunes étudiants en médecine de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées avant le 15 juin : 60, rue de Monceau. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du Professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'Etat de santé du postulant, ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyens d'appréciation.

ECHOS & GLANURES

La catastrophe du chemin de fer de Versailles en 1842. — C'était le dimanche 5 mai 1842. Une foule nombreuse était venue à Versailles par le chemin de fer, inauguré depuis à peine dix-huit mois. Foule si nombreuse que le convoi de retour ne comportait pas moins de quinze wagons. Il était parti vers cinq heures. « On venait de traverser sans s'y arrêter la station de Bellevue. Le train filait avec une vitesse désordonnée, plus de trente kilomètres à l'heure, affirme un témoin, ce qui dépasse de beaucoup la vitesse réglementaire.

Tout à coup l'essieu d'un remorqueur se brisa avec violence ; le second remorqueur se précipita sur le premier, et entraîna successivement dans sa chute quatre wagons qui, entassés les uns au-dessus des autres, s'élevèrent à la hauteur d'un premier étage. Aussitôt des cris perçants se firent entendre pour appeler du secours, mais les conducteurs avaient été les premières victimes, et, en ce temps-là, les portières des voitures étaient fermées à clef, il était impossible aux voyageurs de se secourir eux-mêmes ».

Les premiers wagons avaient été envahis par les flammes et on ne retira des décombres que des débris méconnaissables. 55 voyageurs avaient péri, 109 étaient blessés grièvement.

Parmi les morts se trouvaient Dumont-d'Urville, sa femme, sa fille et son frère. Le corps du navigateur, calciné par le feu, n'avait pas été reconnu dans le premier moment ; mais un examen plus attentif de la tête, dont les sinus frontaux offraient un développement extraordinaire, permit l'identification.

Parmi les médecins accourus sur les lieux du sinistre, figuraient Fouquier, Lisfranc, Amussat, Ricord, Husson, Daremberg, Cloquet interne, etc.

Magendie, qui étudiait alors l'influence de la chaleur sur l'économie animale, put comparer, sur les débris charbonnés des victimes, les résultats auxquels il était arrivé en soumettant les animaux, dans des étuves sèches ou dans de la vapeur à une température à 120°. Et de ses constatations, il fit l'objet de sa leçon du 11 mai au Collège de France (*Gazette des Hôpitaux*, 12 mai 1842). Auguste Bérard, à Necker, fit une autre leçon sur les blessures observées chez les victimes.

Depuis, Jaboulay a disparu comme Dumont d'Urville et les grands incendies, les catastrophes de chemins de fer n'ont plus les honneurs de leçons du Collège de France !

Promesses académiques. — Lors de la candidature de Jules Guérin à l'Académie de médecine en mai 1842, un rédacteur indiscret de la *Gazette des Hôpitaux*, ayant demandé aux divers candidats le nombre de voix qui leur avaient été promises, était arrivé à un total de 399, alors que l'Académie ne comptait que 130 membres. Ces chiffres sont utiles à connaître pour l'édification des candidats futurs, disait le journaliste irrévérencieux. Ils le sont encore aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

Le sinus carotidien (*physiopathologie et chirurgie*), par P. WILMOTH et L. LÉGER. Un volume 160 pages, 18 figures, 32 francs. Masson, Paris.

Ce travail n'est pas un ouvrage de pure bibliographie. Les auteurs y rapportent en effet les résultats de plusieurs années de chirurgie sinusale, et ceux-ci sont d'ordre anatomique, histologique, expérimental et clinique.

Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale (*indications et procédés opératoires*, par Maurice AUBRY et Charles FREIDEL Un volume 690 pages avec 473 figures, 280 francs. Masson, Paris.

Cet ouvrage s'adresse à l'oto-rhino-laryngologiste et au stomatologiste, spécialistes que la chirurgie maxillo-faciale intéresse tout particulièrement, mais aussi au chirurgien et au dentiste.

Les auteurs y ont groupé des affections qui habituellement sont traitées dans différents ouvrages. Ce livre étant conçu dans un but essentiellement pratique, chaque médecin, chirurgien ou spécialiste, même éloigné d'un centre, y trouvera la « tactique chirurgicale », à a opposer à chaque cas particulier.

Les métrites du col (*étude anatomo-clinique, nouveaux traitements*), par Pierre DUREL, Lucien DUTHEIL et Hubert AUTRAND. Un volume 274 pages, 93 figures, 65 francs. Masson, Paris.

Dans les ouvrages de gynécologie ou dans ceux qui s'occupent de l'infection blennorragique, la métrite du col, affection si courante et si tenace, n'a pas toujours la place que mérite son importance clinique et sociale ; l'étude personnelle que lui consacre le Docteur Durel, par son texte et son illustration, la lui redonne et servira aussi bien le praticien que le spécialiste.

Les complications médicales de la cholécystectomie, par M. CHIRAY, Guy ALBOT et G. BONNET. Un volume 170 pages, 9 figures, 65 francs. Masson, Paris.

Les auteurs étudient toutes les manifestations morbides observées chez les cholécystectomisés quelle qu'en soit la pathogénie.

Dans la première partie sont envisagées longuement les conséquences anatomiques et physiologiques de l'ablation de la vésicule biliaire chez l'animal et chez l'homme.

La seconde partie est consacrée à l'étude clinique de ces complications.

Handbuch der Erbkrankheiten, Band I. Der Schwachsinn : Traité des maladies héréditaires. Tome I. *La faiblesse d'esprit*, par le Docteur F. DUBITSCHER. Editions G. Thieme, Leipzig, 1937. Prix : R. M. 18.

Cet ouvrage se compose de deux parties. La première qui comprend 250 pages est une étude détaillée de la faiblesse d'esprit, la seconde, une excellente mise au point des méthodes d'investigations employées pour établir le déficit intellectuel.

Handbuch der Erbkrankheiten. Band II. Die Schizophrenie : Traité des maladies héréditaires. Tome II, *La Schizophrénie* par le Prof. Dr B. KIHN et par le Prof. Dr LUXENBURGER, édité par G. Thieme, Leipzig, 1940. Prix : 18 R. M.

Ce livre est une étude clinique très complète de la schizophrénie. 190 pages lui sont consacrées par le Prof. B. Kihn.

L'étude héréditaire est l'œuvre du Prof. Luxenburger.

C'est encore le Prof. Dr B. Kihn qui se charge de mettre au point dans une dernière partie, les mesures adoptées en Allemagne pour prévenir l'apparition de la schizophrénie dans ses formes types et dans ses formes anormales. Une série de photographies illustre l'ouvrage.

Handbuch der Erbkrankheiten. Band VI. Die erbliche Taubheit und ihre Diagnostik von Dr M. SCHWARZ, und korperliche Missbildungen von Dr Hellmut Eckhardt : **Traité des maladies héréditaires.** Tome VI : *La surdité héréditaire et son diagnostic*, les malformations congénitales. Editions G. Thieme, Leipzig, 1940. Prix : 18 R. M.

Dans le sixième volume de la collection des maladies héréditaires rédigé sous la direction du Dr A. Gutt, se trouve réunie une étude très complète de la surdimutité et une étude non moins approfondie des malformations congénitales.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques points de technique de la cystostomie d'après 700 observations personnelles

Par E. PERRIN et P.-E. DUROUX
(Lyon)

Chacun a sa technique plus ou moins personnelle de la cystotomie. En décrivant celle que l'un de nous utilise depuis quinze ans (1), nous désirons surtout attirer l'attention sur quelques points qui modifient complètement l'allure générale de l'intervention telle qu'elle se trouve décrite dans les ouvrages didactiques classiques, en la rendant plus méthodique, plus sûre, plus propre, tout en lui assurant des suites simples et en réalisant une étanchéité immédiate parfaite de la néostomie.

La cystostomie n'étant très souvent que le premier temps d'une prostatectomie, il n'est pas sans intérêt de noter les détails de technique susceptibles de faciliter l'abord ultérieur de la prostate, de favoriser la fermeture spontanée de la stomie après la prostatectomie, de rendre enfin plus aisée et plus sûre, une cure opératoire de la fistule si elle devient nécessaire.

A ce triple point de vue, on ne saurait trop insister sur la nécessité de faire une cystostomie haute, plus éloignée du pubis qu'on ne le dit ordinairement. Il y a, à cela, un avantage bien connu. Si la cystostomie n'est que le premier temps d'une prostatectomie on pourra, au moment du deuxième temps, débrider autant qu'il sera nécessaire du côté du pubis, pour livrer passage au doigt qui ira énucléer la prostate. C'est l'évidence même. Mais il convient d'ajouter que plus la cystostomie est haute, plus l'abord de la prostate est facile. Cela peut paraître paradoxal au premier abord. Il suffit cependant d'avoir énucléé quelques prostates au travers d'un orifice de cystostomie bas situé, au ras du pubis, pour garder le souvenir de la gêne qu'apporte le contact immédiat de la symphyse aux mouvements de l'index dans les manœuvres de libération de l'adénome prostatique. Au contraire, par un orifice plus haut situé, on arrive tout aussi bien sur le col vésical en déprimant la paroi pendant que la prostate est soulevée par le doigt intra-rectal et l'on est beaucoup moins gêné par la symphyse pubienne. Ce n'est pas tout. Les cystostomies hautes se ferment plus rapidement que les cystostomies basses, après la prostatectomie. Et cela s'explique, la stomie portant, dans le premier cas, sur un point plus étoffé de la paroi vésicale où l'élasticité des tissus est favorable à la cicatrisation. On en a la preuve, d'ailleurs, quand un retard de cicatrisation oblige à faire, après prostatectomie, une suture vésicale secondaire. Après excision des bords de la fistule, il est souvent laborieux parfois impossible, de faire une suture méthodique à deux plans de la paroi vésicale, si l'on doit travailler au ras du pubis. Si la fistule, au contraire, siège quelques centimètres plus haut, la besogne devient aisée, parce que l'aiguille rencontre des tissus souples, élastiques, bien étoffés. Il n'est donc pas inutile, pour toutes ces raisons, d'insister sur la nécessité de faire la cystostomie à 5 ou 6 centimètres au-dessus du bord du pubis.

C'est chose impossible aux opérateurs qui entre les deux droits, insuffisamment écartés, au-dessous d'un cul-de-sac pré-vésical rapidement décollé, d'un coup de tampon, plongent à l'aveugle le bistouri dans la paroi vésicale avec la crainte de léser le cul-de-sac, qu'ils voient mal. Dans ces conditions, la cystostomie siègera fatalement au ras du pubis.

Pour la reporter plus haut, trois conditions sont nécessaires : la vessie doit être remplie pour être bien exposée, les grands droits doivent être suffisamment écartés, le cul-de-sac pré-vésical méthodiquement séparé à la vue de la paroi vésicale, doit être récliné au maximum.

Pour bien exposer la vessie, on a songé à la distendre avec de l'air. Il est évidemment plus simple et peut-être moins dangereux, de la remplir d'eau distillée. Ceci fait, le point essentiel, nous y insistons à nouveau, est de maintenir à la fois les droits suffisamment écartés et le cul-de-sac largement récliné vers le haut. A ce point de vue, et pour ne citer qu'un ouvrage classique, voici ce que l'on peut lire sous la signature de Butler et Tierny dans la *Pratique chirurgicale illustrée*, de Pauchet (1) : « *Deux écarteurs de Farabeuf écartent les bords des muscles grands droits.* La vessie est recouverte d'un

(1) E. PERRIN. Quelques points de technique de la cystotomie Société de chirurgie de Lyon. *Lyon chirurgical*, 5 décembre 1929.

(1) R. DE BUTLER et A. TIERNY. Cystostomie. La pratique chirurgicale illustrée. V. Pauchet, tome XX, page 193. G. Doin, éditeurs, 1936.

FEUILLETON

LES MÉDECINS DE NOTRE TERROIR

Ceux de l'Aunis



Aunis et Saintonge

La terre d'Aunis, région de plaine et de mer aux vastes horizons, pays qui enfanta Fromentin et Loti, compte une lignée de médecins pour qui la recherche scientifique eut toujours un attrait spécial. Explorateurs souvent, naturalistes toujours, ils ont maintenu la tradition qui, de Réaumur à nos jours, a voulu que les sciences et l'Histoire Naturelle en particulier, soit à l'honneur au pays d'ouest.

Voici quelques figures médicales bien représentatives de l'âme de cette province faite de bon sens d'abord et de fierté ombrageuse peut-être, mais où la richesse intérieure s'allie à un besoin d'observation juste et méticuleuse des faits.

Dans cette bonne ville de La Rochelle, dont le charme est sans doute le produit d'un rare mélange de la vie d'aujourd'hui à celle d'autrefois, grâce à un décor qui a défié les siècles, le Docteur Nicolas Venette (1633-1688), doyen du Collège des Médecins, publie en 1871 son *Traité du scorbut* ou *du Mal de terre*, « très utile non seulement aux chirurgiens qui s'embarquent sur les vaisseaux, mais encore aux capitaines, aux soldats et aux matelots qui veulent avoir soin de leur santé ».

L'œuvre mérite de figurer dans l'historique de la vitamine D. Clinicien averti et homme de goût, bon écrivain et libertin, Venette nous a laissé une demeure à la façade si originale et qui est un des joyaux de sa ville et son *Tableau de l'Amour conjugal* qui, s'il n'a point les caractères d'une œuvre scientifique, pourrait toutefois servir aujourd'hui d'introduction à un ouvrage d'eugénisme. Curieux de tout, étudiant la vie et les maladies des rossignols, l'art de tailler des arbres, et le régime de la gravelle, cet épicurien pour qui, sans doute, il y avait beaucoup plus d'idiots au monde qui s'arrêtent à des peintures grotesques que des sages qui s'appliquent à contempler les beautés de la nature, traduit bien le mélange des goûts qui régnait dans les professions savantes durant la première moitié du XVIIe siècle. Contemporain de Nicolas Venette, le descendant d'une vieille famille protestante apparentée à la plupart des noms qui illustrent la cité rochelaise, Elie Richard, après avoir étudié la médecine à Paris, puis à Montpellier, avoir été l'élève de Vieussens et de Chicoyneau, s'être attardé à visiter les bibliothèques de Florence, de Rome et de Padoue, avoir fait quelques discours latins à Oxford, Cambridge et Londres, était médecin ordinaire de La Rochelle en 1694, lorsqu'il semble bien avoir eu, un des premiers, l'idée d'une machine roulante, vélocipède à quatre roues, ancêtre de la bicyclette.

Charles-Marie Dessalines d'Orbigny (1770-1856) est un de ces savants de province, travaillant en dehors des milieux officiels, amassant en silence des matériaux de grande valeur, faisant souvent figures de précurseurs. A 15 ans, il est aide chirurgien volontaire sur la frégate l'*Ariel* ; à 26 ans, on le retrouve médecin inspecteur des dépôts de prisonniers en Angleterre. L'année suivante, il quitte la marine, se marie à Paimbeuf et connaît en 1808 une épreuve accablante : toute sa famille, son père, sa mère et les quinze enfants sont massacrés pendant la révolte de

tissu graisseux et du cul-de-sac péritonéal pré-vésical souvent assez adhérent. Le malade ayant été mis en position déclive, le cul-de-sac a tendance à s'effacer, néanmoins, il recouvre encore la vessie. Avec un ciseau fermé, on râcle la vessie depuis le pubis jusque vers l'ombilic, et de petits coups de ciseau transversaux achèvent de détacher le cul-de-sac péritonéal d'avec la vessie. Un doigt entouré d'une compresse essuie vers le haut la vessie. Ce doigt en crochet, maintient vers le haut de l'incision le repli péritonéal et l'*aide devra maintenir son doigt jusqu'à la fin de l'opération.* »

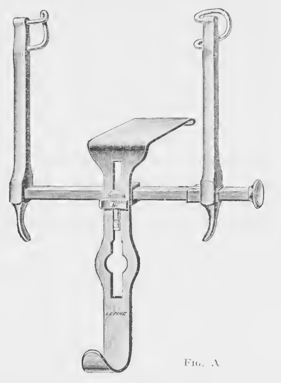
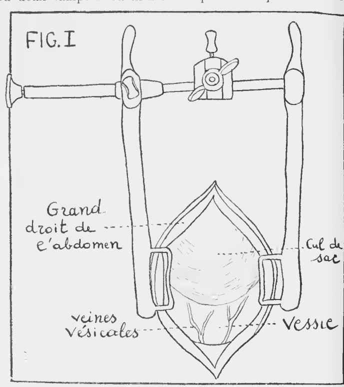


Fig. A

Pour ne pas demander à un aide de maintenir relevé le cul-de-sac pré-vésical alors que ses deux mains sont déjà occupées à tenir les écarteurs de Farabeuf qui écartent les deux droits, nous utilisons la mise en place d'un petit écarteur de Gosset muni d'une troisième valve que l'un de nous a fait construire (fig. A). La troisième valve se fixe à l'écarteur au moyen d'un verrou mobile. Ce dispositif permet de mettre la valve exactement au milieu des deux branches de l'écarteur, quel que soit l'écartement de ces derniers. Elle sert à récliner fortement le cul-de-sac péritonéal, pour faire la cystostomie haute, et met en pleine lumière le champ opératoire. Nous insistons sur le point suivant : il faut, après une dissection soigneuse, repousser très haut le cul-de-sac (fig. I) avec un ou deux tampons ou même une petite compresse chez les



sujets gras. C'est sur ces tampons ou cette compresse enfoncés dans l'angle supérieur de l'incision que la troisième valve est appliquée. A cela deux avantages : le cul-de-sac est reporté loin du champ opératoire, si bien que le repli viscéral adhérent

---

Saint-Domingue par un esclave qui sera proclamé empereur d'Haïti. D'Orbigny qui habite, à partir de 1815, le petit port d'Esnandes, à deux lieues de La Rochelle, continue d'exercer la médecine, mais il s'intéresse à l'Histoire naturelle. D'Orbigny apparaît comme une manière d'esprit encyclopédique pour lequel la géographie et la botanique, la zoologie et la médecine, mais aussi la peinture et la musique sont des sujets de méditation. Correspondant du Muséum de Paris, d'Orbigny a mis sur pied la Société des Sciences naturelles de la Charente-Maritime et organisé le Muséum de La Rochelle auquel il a fait don de 15.000 pièces de ses collections personnelles. La Société est devenue centenaire en 1936. Le Muséum est aujourd'hui un des plus riches parmi ceux des provinces de France.

Jean-René-Constant Quoy est né le 10 novembre 1790 à Maillé entre le bourg de Marans, le plus riche de l'Aunis, et celui de Maillezais à l'antique abbaye où Rabelais se réfugia en sortant du couvent des Franciscains de Fontenay. Une vraie famille de médecins que celle des Quoy : la grand'mère, fille d'un maître en chirurgie, avait ses quatre frères médecins et une sœur mariée à un chirurgien major des armées du Roi. A 26 ans, quoique mariée, elle s'était fait recevoir maîtresse en l'art de la chirurgie le 25 juin 1760, à Fontenay — gageons qu'elle fut une des premières de nos confrères ! — avait eu trois enfants, tous trois médecins. Le petit-fils avait de qui tenir ! Il devint médecin de la marine. Sa carrière y fut brillante, puisqu'il l'acheva comme inspecteur général, le grade le plus élevé. Au reste, le fonctionnaire en lui fut un modèle du devoir. Certes, l'homme était austère et, sanglé dans sa redingote bleue à boutons dorés, il devait inspirer une certaine angoisse aux candidats, tandis que, sur de petits papiers soigneusement quadrillés à la main, il notait ses impressions d'une fine écriture bien dessinée et dans un style à l'emporte-pièce.

Pour le Professeur Quoy, l'intrigue était chose méprisable et le travail une joie. Etudiant d'abord à Rochefort, puis à Montpellier, il y fut reçu docteur en médecine. Comme un de ses juges le complimentait d'avoir été dispensé du diplôme de bachelier ès-lettres, ce fut en latin qu'il passa sa thèse ! Cinglante réponse et qui n'est point à la portée de tout le monde !

La carrière du naturaliste a été prodigieuse. Sous le commandement de Freycinnet, avec Gaimard pour collaborateur et Gaudichaud comme botaniste, voici Quoy, chirurgien zoologiste sur l'*Uranie*, partant en 1816 pour un périple autour du monde. C'est la première expédition destinée au progrès des connaissances humaines. Périlleuse expédition, puisque la corvette s'échouera sur les roches des Iles Malouines et que le retour se fera, quatre mois plus tard, sur un bâtiment de commerce, la *Phenicienne*. Un in-4° de 700 pages, un atlas de 254 animaux ou pièces d'anatomie parmi lesquelles 217 espèces nouvelles, des collections que Cuvier classait parmi les plus précieuses des derniers temps, tel est le bilan de ce voyage de trois ans durant lequel Quoy travaillait de 16 à 20 heures par jour, se reposant de ses excursions en disséquant et en dessinant !

Le voici encore, en 1826, partant à la reconnaissance de la Nouvelle-Guinée sur l'*Astrolabe*, avec Dumont d'Urville. Durant ces trois années de navigation, au cours desquelles, à trois reprises au moins, le naufrage est évité de justesse, l'œuvre du naturaliste est étonnante : quatre mille dessins relatifs à plus de 1.200 espèces d'animaux, la plupart nouveaux, exécutés et coloriés par lui-même d'après nature. Pour éviter toute cause d'erreur et en prévision d'événements malheureux, Quoy dessinait tous les objets deux fois !

Quoy, qui faillit être le successeur de Blainville dans la chaire de Cuvier au Muséum, avait bien mérité le grand honneur d'être correspondant de l'Académie des Sciences. Retiré dans le petit

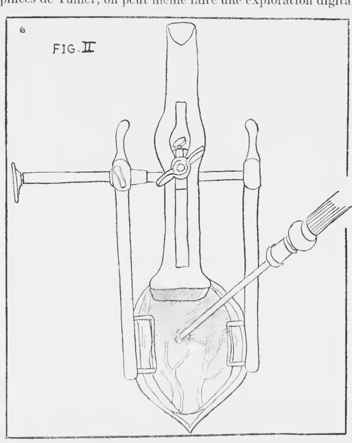
ne risque pas d'être lésé, d'autre part, la face antérieure du dôme vésical est tendue, permettant de voir le muscle vésical rose sous le fascia, serpenté de veinules faciles à éviter (fig. II). Un autre point essentiel, d'autant plus important que les manœuvres précédentes nécessitent une large dissection de l'espace pré-vésical, c'est de conduire l'intervention sans qu'une goutte du liquide vésical fasse irruption dans le champ opératoire.

A ce sujet, J. Martin écrivait fort justement en 1934 : « A chaque cystostomie, nous avons un mouvement instinctic de répulsion en voyant le liquide contenu dans la vessie, ef forcément septique, se répandre sur le champ opératoire et lt souiller au moment où la vessie est ouverte. Je sais bien que le plus souvent en pratique, cela n'a pas de conséquences graves et que les infections sérieuses de la paroi sont rares, mais on conviendra que cette technique est à tout le moins inesthétique » (1).

Nous partageons tellement cette opinion que nous l'avons exprimé cinq ans avant Martin. La cystostomie, à notre avis, peut et doit être une opération propre et aseptique. Et il ne saurait plus être question du « flot d'urines fétides » qui inonde le champ opératoire, dans les descriptions des anciens auteurs.

Il ne faut donc pas inciser d'emblée la vessie, mais la ponctionner au moyen d'un trocart adapté à l'aspirateur de Villard et la ponctionner très haut, le plus près possible du point de réflexion du cul-de-sac, puisque ce point s'abaissera fatalement au fur et à mesure de l'évacuation vésicale.

Rejetant les points d'accrochage qui sont encore classiquement recommandés, et cela, parce que ces deux points, souvent transfixiants, donnent déjà issue au contenu intravésical avant l'ouverture proprement dite de la vessie, nous avons renoncé également dans la plupart des cas à fixer la vessie à l'aide de deux pinces de Tuffier, avant de la ponctionner avec l'aiguille-trocart de l'aspirateur de Villard, comme l'un de nous le recommandait en 1929. Et cela pour la raison qui faisait dire à Martin, en recommandant la ponction-aspiratrice d'emblée : « Il ne faut ni saisir la vessie avec des pinces, ni passer de fils de soutien avant que l'aspiration soit faite, parce qu'on risquerait d'ouvrir la vessie dont la paroi est souvent très amincie ». Depuis longtemps nous ne saisissons avec des pinces de Tuffier avant de les ponctionner que les vessies à musculature épaisse, préférant ponctionner directement les parois vésicales amincies qui risqueraient d'être lésées par les pinces de Tuffier. Quoiqu'il en soit la vessie doit se vider sans qu'une goutte d'urine ou de liquide intra-vésical ne s'échappe à l'extérieur. Si l'on ne veut pas vider la vessie complètement, il suffit d'arrêter l'aspiration pendant que l'aide attire en haut les deux pinces fixatrices, qui ont été placées après quelques instants d'évacuation. Le niveau du liquide restant à l'intérieur de la vessie est assez bas à ce moment pour que l'on puisse, d'un coup de bistouri, agrandir l'orifice de ponction. En attirant bien la vessie en haut à l'aide des deux pinces de Tuffier, on peut même faire une exploration digitale



rapide de la cavité vésicale, pour rechercher un calcul prostatique par exemple, sans souiller le champ opératoire. Ce sont les avantages de la traction par les pinces de Tuffier qu'il faudra savoir faire suffisamment douce pour ne pas déchirer la

(1) J. Martin, A propos de la technique de la cystostomie. *Bull. de la Société de chirurgie de Toulouse*, séance du 21 décembre 1934.

---

pays de Saint-Jean-de-Liversay où avait exercé son père, le Docteur Quoy devait mourir à Rochefort en 1869, après avoir consacré ses dernières années à écrire un volume de Mémoires.

Le Musée d'Orbigny-Bernon à La Rochelle possède des souvenirs très évocateurs de ce grand voyageur, sa valise, son stéthoscope, ses instruments... son parapluie ! En écrivant ces lignes, nous avons sous les yeux son formulaire, petit in-8° marqué encore de notes manuscrites prises sans doute à l'autre bout du monde... Emouvantes reliques d'une vie laborieuse toute entière consacrée à la recherche et qui porta bien haut le prestige de notre pays.

Il en est de même de l'existence de René-Primevère Lesson. Né à Rochefort, le 20 mars 1796, il y a fait ses études au Lycée d'abord, à l'Ecole de médecine ensuite. Simple officier de santé se destinant à la médecine de campagne, un concours pour quatre places de pharmacien au port de Rochefort, décide de sa carrière. Lesson qui est doué d'une mémoire prodigieuse et dès l'âge de 12 ans, a montré son goût pour la botanique, rédige à 20 ans un *Manuel de Taxidermie* et six ans plus tard, une *Flore Rochefortine*. A 28 ans, il fait partie du voyage d'exploration tenté dans les mers du Sud par la corvette *La Coquille*, commandée par Duperrey.

L'expédition dure trois ans, passant successivement par Téneriffe, l'île Sainte-Catherine, la côte du Brésil, les îles Malouines, la côte occidentale des deux Amériques, la Nouvelle-Irlande, les Moluques, la Nouvelle-Guinée, l'Ile de France, Sainte-Hélène, l'Ascension. Cuvier dira de Lesson « qu'il a répondu à tout ce qu'on pouvait attendre d'un voyageur actif et instruit ». Cette activité fut prodigieuse. Car Lesson, lui aussi, ajoutait le croquis à ta description, classait les objets aussitôt recueillis et en fixait les caractères avant que la mort ou le temps n'en ait modifié l'apparence. Lesson écrivait bien et ses articles de la *Revue des Deux Mondes*, malgré le recul du temps (ils ont paru dans le premier volume de la Revue), de même que la *Zoologie* du voyage de *La Coquille* demeurent très vivants, séduisants par la forme et curieux par le fond.

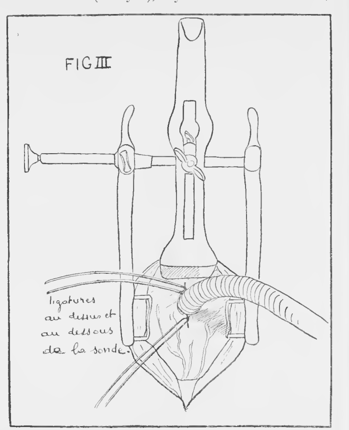
Au reste, l'œuvre scientifique de Lesson est considérable. Elle a surtout trait à l'ornithologie. Professeur de botanique à l'Ecole de Rochefort, membre correspondant de l'Académie de médecine et de l'Institut, Lesson a mené une existence laborieuse et triste. Le travail et la recherche ont été un refuge pour cet hyperémotif, artiste autant que naturaliste. Veuf deux fois, Lesson vit encore mourir ses deux filles. La plus jeune, Anaïs, succomba à la fièvre typhoïde. Le père ne se remit jamais de cet immense chagrin. Voulant peut-être s'isoler du présent et oublier, Lesson se tourna vers l'archéologie. Il publia en 1846 un *Recueil de dessins des Monuments historiques de la Saintonge et de l'Aunis*, dédié à la mémoire de sa fille sous le titre touchant de *Musée Anaïs*. L'ouvrage tiré à cent exemplaires seulement est traversé d'un frisson métaphysique en même temps qu'imprégné d'un lyrisme bien romantique.

Goût des grands voyages, courses aux pays du soleil, dévouement à la recherche, tout cela constitue un air de communauté spirituelle chez les médecins de cette Aunis lumineuse comme l'Orient et, comme on l'a dit, plus que lui peut-être proche du cœur par toute la spiritualité ancestrale dont elle est imprégnée.

Jean Torlais.

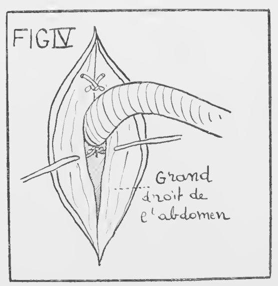
paroi vésicale. Cela ne risque pas de se produire même avec une vessie friable, si l'on fait l'aspiration d'abord, et si l'on attend que la vacuité vésicale soit déjà avancée pour saisir la musculeuse avec les deux pinces.

Il est préférable pour la ponction de se servir d'un trocart spécial. Gauthier (de Lyon), il y a une dizaine d'années, au



Congrès d'Urologie, présenta un évacuateur vésical qui correspondait, bien qu'encore imparfaitement, au but désiré. Les imperfections tenaient au fait que c'était un évacuateur et non un aspirateur, et qu'il présentait une cannelure sur toute sa longueur empêchant l'étanchéité de l'évacuation.

Nous nous servons d'un trocart-aspirateur modifié pour la



cystostomie par F. Rolland et construit par la maison Lépine : la pointe peut être, sitôt après sa pénétration, enfermée dans un fourreau cylindrique que l'on abaisse. On peut de la sorte diriger le trocart dans le fond de la vessie sans redouter des blessures de la muqueuse.

La vessie asséchée par l'aspiration, nous agrandissons l'orifice de ponction par un coup de bistouri, le tranchant de la lame regardant le pubis, le dos du bistouri étant adossé au trocart propre à un tel usage, c'est un trocart de Legueu petit sur lequel est adjointe une bague cannelée n'arrivant pas jusqu'à son extrémité. Ce n'est qu'après l'aspiration que cette bague doit être enfoncée pour permettre grâce à sa cannelure, l'incision « facile, méthodique et complète » de la paroi.

Avant d'enlever le trocart, et l'orifice étant agrandi au bistouri, nous plaçons une pince hémostatique dans l'orifice de cystostomie. Cette pince nous a paru préférable à l'écarteur à trois branches classiquement proposé : en s'entrouvant, elle permet, sans dégât inutile, de voir les tuniques de la vessie et de repérer en particulier la muqueuse. C'est alors que déplaçant les deux pinces de Tuffier, nous saisissons par elles, de champ, toute l'épaisseur de la paroi vésicale, musculeuse et muqueuse, les solidarisant ensemble, pour éviter la grossière erreur qui consisterait à placer la sonde non pas dans la vessie mais entre la muqueuse et la musculeuse, décollées l'une de l'autre. Une sonde de de Pezzer, 38 ou 40, est introduite à vue dans la vessie sur un mandrin. Au-dessus et au-dessous d'elle, deux points de catgut rétrécissant à son contact l'incision vésicale (fig. III). La stomie est, à ce moment parfaitement étanche. Ces temps essentiels étant ainsi achevés, il faut alors fixer la vessie à la paroi.

Les procédés de fixation sont nombreux, celui que nous employons est très simple. Après ablation de l'écarteur, le cul-de-sac reprend sa place, les muscles droits reviennent au contact de la sonde. Ils sont rapprochés l'un de l'autre (fig. IV) par les chefs conservés des deux points qui ont servi à rétrécir l'orifice vésical au-dessus et au-dessous de la sonde. Deux ou trois points de catgut sur les droits au-dessus et au-dessous de la stomie assurent la solidité de la paroi. Et le liquide septique n'ayant pas souillé le champ opératoire, on peut suturer la peau à peu près complètement au-dessus et au-dessous de la sonde qui sort ainsi au niveau du tiers inférieur de l'incision cutanée, donc très sensiblement au-dessus du bord supérieur du pubis.

En fixant la vessie sous la paroi musculaire, on supprime l'espace mort résultant du décollement pré-vésical et l'on s'assure une fermeture secondaire plus rapide et plus facile de la vessie, dans le cas par exemple où la cystostomie est seulement le premier temps d'une prostatectomie. Nous avions fait, dans ce but, quelques tailles vésicales non pas sur la ligne blanche, mais au milieu d'un muscle grand droit, sur une ligne paramédiane et ceci, pensant que la tonicité musculaire contribuerait à accélérer la fermeture secondaire de la vessie ; en fait, l'accolement des deux muscles au-dessus et au-dessous de la sonde par les deux points qui ont servi à rétrécir la vessie autour de cette dernière réalise un sphincter musculaire que l'expérience nous a montré aussi efficace.

Dans le cas beaucoup plus rare où la cystostomie est faite pour être définitive, cette technique n'a aucun inconvénient, car l'orifice aura son diamètre entretenu d'une façon permanente par la sonde auto-fixatrice, telle celle de de Pezzer. On pourrait cependant rabattre les bords des deux lèvres cutanées qui constitueraient les margelles et les parois d'un puits dont le fond serait représenté par la vessie, comme il est décrit classiquement.

Comme nous le disions, de cette façon la cystostomie est haute : l'écarteur évite tous les accidents péritonéaux et expose toute la face antérieure de la vessie, permettant la taille à 3 ou 4 centimètres plus haut qu'il est habituel de le faire ; d'autre part, c'est une cystostomie méthodique et propre grâce à l'aspiration du liquide intravésical, mettant à l'abri des infections périvésicales. Enfin, la cystostomie est d'emblée continente ; un pansement simple sans coton suffit à protéger la ligne d'incision. Il restera en place sans être souillé pendant une semaine et ne sera enlevé qu'au huitième jour pour enlever les crins cutanés. La réunion a lieu *per primum*. Les considérations précédentes nous permettent d'être sobres de détails dans la description proprement dite de notre technique.

Anesthésie. Evipan, anesthésie locale ou générale. L'Evipan a toutes nos préférences. L'anesthésie locale facilite les

hématomes. L'anesthésie générale est le plus souvent contrindiquée chez les sujets âgés. La rachianesthésie est le plus souvent inutile pour une intervention aussi simple et rapide.

Premier temps. — Incision cutanée du pubis, à 8 centimètres au-dessus de lui, en direction de l'ombilic.

Deuxième temps. — Incision de la ligne blanche. Ecartement des deux droits. Mise en place de l'écarteur de Gosset. Refoulement du cul-de-sac. Mise en place de la troisième valve.

Troisième temps. — Ponction de la vessie au trocart-aspirateur. Deux pinces de Tuffier saisissent la paroi vésicale de chaque côté du trocart, après un instant d'aspiration.

Quatrième temps. — Le bistouri, dos au contact de l'aspirateur, tranchant tourné vers le pubis, ouvre la vessie sur deux à trois centimètres. Une pince est introduite dans cette brèche et entrouverte pour bien montrer la muqueuse. Les deux pinces de Tuffier, déplacées, saisissent toute l'épaisseur des deux lèvres vésicales. Mise en place d'une sonde de Pezzer. Rétrécissement de la brèche vésicale par deux catguts liés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la sonde, à son contact et saisissant toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

Cinquième temps. — L'écarteur enlevé, les chefs des deux catguts précédents sont passés au travers des droits et noués sur la ligne médiane.

Un ou deux points rapprochent les droits au-dessus et au-dessous de la stomie. Suture cutanée laissant passer la sonde à l'union de son tiers inférieur et de ses deux tiers supérieurs.

Cette technique suppose, évidemment, que la vessie est suffisamment remplie soit par l'urine, soit mieux par le liquide qu'on y a laissé après lavage.

Dans les cas exceptionnels où il faut faire une cystostomie sur une vessie vide, on y parvient facilement en incisant la vessie sur le bec d'un Béniqué qui la fait saillir. A notre avis, il est inutile de recourir ni aux cystostomes internes, ni aux crochets qui saisissent dans ce cas la paroi vésicale. Mais il faut reconnaître que, dans ces cas, la cystostomie devient moins méthodique et aboutit presque fatalement à une cystostomie basse, presque au ras du pubis.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

Artérites et gangrènes des membres inférieurs

Leçon clinique du Professeur **G. JEANNENEY** (Avril 1942)

Les trois malades que je vous présente ont une parenté pathologique évidente. J'ai volontairement choisi les deux premiers au stade fonctionnel de leur affection, parce que le médecin doit toujours s'efforcer de poser son diagnostic sur des *signes de début* plutôt que sur les manifestations grossières d'une maladie qui, devenue évidente, est souvent devenue incurable. Cela est vrai pour le cancer, pour les tuberculoses chirurgicales, mais davantage encore pour les troubles qui, d'abord fonctionnels, deviennent secondairement organiques.

Le premier malade a une artérite sénile sans mutilation grave, le second une artérite juvénile, le troisième une artérite diabétique :

OBSERVATION I. — *Artérite sénile.* — A... Pierre, ancien maçon, 74 ans, entre dans le service le 20 janvier parce qu'il souffre des pieds. La maladie a débuté il y a trois ans par des *douleurs nocturnes* à type de brûlures survenant dès le premier sommeil, et qui ne disparaissaient que lorsqu'il laissait pendre ses jambes hors du lit. En même temps une mâchure occasionnée par son sabot sur son troisième orteil gauche, évoluait vers la mortification de ce doigt qui, peu à peu s'élimina. Il fit alors un séjour de trois mois à l'hôpital, puis vécut chez lui sans trop souffrir. Mais la *reprise des douleurs*, cet hiver, le conduisit de nouveau dans le service.

Nous sommes en présence d'un vieillard sec, d'aspect robuste, sans passé morbide, un peu hypertendu (Mx 21, — Mn 9 ; Io 45). Le pied droit qui était rouge, un peu œdématié, le jour de l'entrée, a maintenant sa teinte normale ; les ongles sont cassants. On note des plaques de *gangrène sèche* sur le dos des 2e et 5e orteils. Hypoesthésie au tact. Le pied est froid. Jusqu'à la racine des cuisses, on ne trouve aucun battement à l'oscillomètre.

Depuis son entrée à l'hôpital, M. Pétriat, interne, a fait à ce malade quatre infiltrations novocaïniques du sympathique lombaire, qui l'ont considérablement soulagé puisqu'il a retrouvé son sommeil.

OBS. II. — *Artérite juvénile* : S... José, manœuvre, 39 ans, est entré dans le service le 10 mai 1941 pour des *douleurs constantes* dans les membres inférieurs. Ces douleurs ont débuté en 1940, par des crampes et des brûlures l'arrêtant soudain dans la marche et disparaissant après quelques instants de repos. Cette *claudication intermittente* est devenue de plus en plus fréquente, obligeant le malade à cesser son activité, puis une douleur constante s'est installée dans les deux membres, chaussant tout le tiers inférieur des jambes, sensation de broiement, de brûlures, d'élancement en éclair sur un fond d'endolorissement, privant le malade de sommeil.

A l'examen, aspect fatigué, pas d'hypertension. Les pieds sont froids, pâles, un peu luisants. Amyotrophie et hypotonie musculaire des mollets. Petits placards de *gangrène sèche* sur deux orteils et sur le dos du pied. On ne sent pas les artères. Au Pachon aucun battement jusqu'au creux poplité. A la cuisse, courbe oscillométrique bien plus basse qu'au poignet. Epreuve de Moskowicz bonne jusqu'aux chevilles, raie vaso-motrice, bonne jusqu'au mollet. En mai-juin 1941, nous pratiquons plusieurs *infiltrations du sympathique lombaire* qui soulagent momentanément le malade, comme aussi quelques *injections intra-artérielles de novocaïne*. Devant la reprise des douleurs, M. Magendie fait une *résection de la chaîne sympathique lombaire droite* et du splanchnique. L'opération améliore le malade et permet de suspendre la morphine (14 juin). Mais les troubles recommencent en octobre. On soumet alors le malade à une épreuve de déchloruration, puis rechloruration de Pasteur-Vallery-Radot, dans le but d'apprécier le fonctionnement de la *corticale surrénalienne*. A notre surprise, le malade se comporte comme un addisonnien : retenant mal le sodium et *amélioré par la rechloruration forte* (Servantie). Le *test des mélanophores* de Giroud montre une insuffisance de cortine. Malgré cette réponse et devant la reprise des douleurs, M. Magendie fait une *surrénalectomie* suivant notre technique, le 5 février 1942 ; celle-ci semble avoir nettement amélioré le malade.

OBS. III. — *Artérite diabétique* : Ch... Albert, 53 ans, plongeur, *claudication intermittente* depuis l'été 1940. A fait un séjour à l'hôpital pour une *ulcération du 4e orteil*, en 1941. A cette époque, il était glycosurique (42 gr.) et surtout hyperglycémique (2,24) et le Pachon ne révélait aucune oscillation à partir des genoux. Cependant, un traitement insulinique et un embaumement au mercurochrome, puis une infiltration du sympathique lombaire amènent la régression complète des troubles, et le malade sortit guéri en avril 1941.

Il revient le 13 décembre 1941 pour gangrène de deux orteils avec lymphangite. Dans l'intervalle, *il n'a pas surveillé son diabète*, bien que claudication intermittente et algie de décubitus soient devenus de plus en plus intenses. A l'entrée, œdème, lymphangite, gangrène humide et fétide des orteils et du dos du pied, fièvre légère à 38°, langue sèche. Aucune oscillation aux deux membres inférieurs. Malgré *trois infiltrations*, le régime et l'insuline, la glycémie reste élevée, la gangrène reste humide. On pratique donc une *amputation de cuisse* (17 février 1942). L'opération est suivie *de quelques heures de choc* et l'on voit apparaître dès le surlendemain une *plaque d'escharre sur le talon droit*.

Néanmoins, l'opéré s'améliore rapidement et il est à l'heure actuelle en bon état (glycémie réduite à 0 gr. 90).

Chez ces trois malades, nous avons vu la maladie passer par trois étapes dont nous allons maintenant analyser les signes :

Une étape de troubles fonctionnels : claudication intermittente, algie de décubitus, douleur constante avec paroxysmes, hypertension.

Une étape de lésions organiques : petits placards de gangrène sèche ;

Une étape de complications : gangrène extensive.

Analyse des symptômes

Si, comme le faisaient les anciens cliniciens qui ont jeté tant de lustre sur la médecine française, nous cherchons à comprendre le mécanisme des symptômes observés, nous verrons qu'à ce stade ils sont dominés par des *phénomènes douloureux* — claudication intermittente, algies de décubitus, spasmes — et que ces douleurs ont des caractères spéciaux indiquant nettement la participation du sympathique.

Claudication intermittente. — Décrite par le vétérinaire Bouley sur les chevaux, puis par Charcot en 1856, ce symptôme consiste en une crampe douloureuse survenant après une marche ou une course plus ou moins longue et obligeant par la rigidité cadavérique des muscles d'une part et par la

douleur d'autre part, le malade à suspendre son exercice. Après un repos plus ou moins long, douleurs et crampes se dissipent et le malade peut reprendre sa marche. Les distances parcourues deviendront ainsi de moins en moins longues à mesure que la maladie s'aggrave. Le malade sort avec une canne, puis réduit de plus en plus son activité.

L'explication de ce phénomène est simple. On sait qu'un muscle qui travaille consomme en quantité oxygène et sucre, et que, par conséquent, il doit recevoir beaucoup plus de sang qu'un muscle au repos (six fois plus, Claude Bernard). De même les déchets de cette activité ne peuvent être balayés que si la circulation est intense. Or, dans l'*artérite*, le débit circulatoire est considérablement réduit, sans doute est-il suffisant pour nourrir un membre au repos — mais dès que l'exercice demande un apport considérable de sang, les muscles, insuffisamment nourris ne peuvent répondre à l'effort qui leur est demandé et leurs déchets s'y accumulant, en particulier l'acide lactique, ils se tétanisent.

L'expérience de Marey explique ces phénomènes : de deux tubes l'un rigide, l'autre en caoutchouc, ce dernier débite en un même temps, toutes choses égales d'ailleurs, deux fois plus que le tube rigide, et son débit est continu. Or on sait que dans l'artérite, les artères ont perdu leur souplesse : ce sont des « tuyaux de pipe » rigides.

Tout s'explique donc ici et nous verrons dans un instant quel parti tirer de ces connaissances pour le diagnostic et le traitement de ces artérites.

Douleurs de décubitus. — Un autre type de douleur, également très fréquente chez ces malades est l'*algie de décubitus* ou l'*algie de sommeil.* Le malade se couche en bon état et s'endort. Peu après, il est réveillé par des douleurs atroces dans le membre malade : brûlures, sensation de broiement, de striction, de crampe. La douleur ne se calme guère que la jambe pendante et bientôt le malade prend l'habitude de somnoler dans un fauteuil le pied par terre, la chaleur du lit ou le décubitus horizontal déclenchant d'horribles douleurs analogues à celles qu'entraîne la marche.

Curieux paradoxe : le repos déclenche des accidents analogues à ceux que détermine l'effort. Que se passe-t-il donc ? Nous savons que les *artères rigides* du malade suffisent tout juste à assurer la nutrition du membre au repos. La physiologie nous apprend d'autre part, qu'en moyenne une heure après le début du sommeil, il se produit une *baisse assez brusque de la pression artérielle.* (Legendre. Traité de physiologie. Roger et Binet, T. IX, p. 468) ; dès lors tout s'éclaire : cette hypotension relative prive le membre de l'apport sanguin « juste suffisant » qu'il recevait jusqu'alors et déclanche la crise douloureuse. Celle-ci ne s'atténue que lorsque le membre est mis en déclive, parce qu'alors le sang y arrive mieux et les muscles sont nourris passivement sans doute, mais assez pour faire disparaître la crampe.

J'ai montré la parenté frappante qui existe entre ces douleurs de décubitus et l'angor de décubitus des hypertendus, de même qu'on peut établir un parallèle entre la claudication intermittente et l'angor d'effort. (Jeanneney).

Parfois le malade attribue sa douleur à la chaleur du lit et la calme par un bain froid ou le contact de l'air frais. En effet, la chaleur du lit, comme le décubitus, comme le rythme vasomoteur nycthéméral, provoquent une *vaso-dilatation périphérique* qui diminue d'autant la pression dans les artères profondes du membre et entraînerait l'insuffisance circulatoire.

Dans les trois cas que nous venons d'envisager, l'insuffisance circulatoire est *passive.* Il est des cas où elle est *active* due à des *spasmes.* De temps en temps, en effet, et surtout à l'occasion de sensations de froid, de chaleur, ou d'émotions vives, survient une poussée douloureuse dans le membre malade ; souvent même ces crises sont la manifestation première de la maladie, son signal d'alarme. Leur mécanisme est facile à *comprendre* : sous l'influence du froid survient comme chez tout sujet, une vaso-constriction. Mais ici ou bien elle est plus violente que chez un sujet sain, — la réponse a un caractère excessif pathologique — ou bien, privant un membre à peine nourri d'un apport sanguin juste suffisant, elle déclenche la douleur. Cette réponse excessive est due à ce que les vasomoteurs d'un membre atteint d'artérite sont déréglés et répondent aux excitations par une constriction brutale et prolongée. Ce phénomène peut être dû à plusieurs causes : les unes *locales*, la paroi des artères malades est le siège de dépôts de cholestérol, de chaux, etc., qui irritent les *nervi vasorum* et les placent dans un état d'hyper-réactivité constante ; les autres *humorales* : le sang chez certains de ces malades du fait de sa richesse en adrénaline, en cortine et en calcium constitue un « milieu » entretenant l'hypersympathicotonie, donc le spasme.

Dans tous ces cas — claudication intermittente, algie de décubitus et spasme —, les douleurs se présentent avec des caractères assez spéciaux : qu'elles soient spontanées ou provoquées, leur topographie ne correspond pas d'ordinaire à celle des filets sensitifs, mais bien plutôt à un *territoire sympathique.* Bien plus, elles se présentent le plus souvent avec tous les caractères des *sympathalgies* : fourmillements, engourdissements, éclairs douloureux et surtout *brulures* (causalgie). Ces syndromes étaient fréquents au Moyen-âge où l'usage de pain de seigle (souvent ergoté) déterminait des accidents d'*ergotisme*, connus sous le nom de *mal des Ardents* (*ardere* = brûler).

Cette participation du sympathique explique pourquoi les sympathicolytiques (ésérine) et les sections physiologiques ou chirurgicales du sympathique bloquent ces phénomènes douloureux.

A ces douleurs s'ajoutent des *troubles trophiques*, de même origine : ongles cassants, glossyskin, et surtout *fonte musculaire* du mollet qui s'atrophie tant à cause de l'inaction que de l'hyponutrition. Bientôt la douleur entraîne une impotence fonctionnelle de plus en plus sévère : le malade change sa canne pour des béquilles, et bientôt se confine chez lui, le pied emmitouflé de lainages, redoutant le mouvement, les heurts, le froid, le chaud, les émotions. Il mène une vie pitoyable, obsédé par la crainte de la douleur, harcelé par ses crises, se réfugiant dans les analgésiques et les somnifères.

L'*examen général* pratiqué alors, met en présence de sujets fatigués par la douleur, l'insomnie, et les calmants, d'aspect prématurément vieilli. Si l'on mesure leur pression artérielle, on la trouve le plus souvent élevée. Cette *hypertension* est une réaction de défense qui assure le passage du sang dans des artères rigides : tant qu'elle dure, le sang passe. Aussi faut-il se garder de la traiter, de la faire baisser brutalement. On s'exposerait à voir les membres mal nourris se gangréner : on voit cet accident survenir après des baisses de pression accidentelles : maladie intercurrente, opération, ou, malhereusement encore après une thérapeutique hypotensive intempestive.

Mais cette *hypertension* signe aussi l'existence d'une atteinte de tout le système vasculaire, *panartérite* en particulier, éclatante dans la gangrène sénile où l'on relève des artères rigides, calcifiées, non seulement aux membres inférieurs, mais au niveau de la radiale, de la temporale, des artères viscérales, etc. Et ce qui nous paraît banal et évident pour l'*artério-sclérose* sénile est non moins évident dans l'artérite juvénile de Buerger : on s'étonne de voir participer si tôt au processus morbide artères, artérioles et veines. L'*artérite oblitérante est une maladie de système.* C'est donc tout le système artériel qu'il va nous falloir examiner maintenant.

Sans doute, l'*examen clinique* de l'appareil circulatoire nous fournit quelques indices grossiers de son atteinte, indices qui doivent mettre en éveil le « sens clinique », le sens d'investigation du bon médecin : artères rigides, perceptibles comme des tuyaux de pipe sous les téguments, parfois simple absence de pouls pédieux, tibial postérieur ou poplité ; cyanose du membre ou sa pâleur, son refroidissement sont autant de signes qu'il faut retenir. En particulier, la cyanose apparaît sur le pied en position déclive, et remonte plus ou moins haut sur la jambe, comme une *chaussette* colorée (Vaquez et Bricout). Cette teinte rouge, vermillon, traduit un engorgement des vaisseaux périphériques, où stagne le sang. Cette érythrose de déclivité disparaît d'ordinaire dès que le membre est ramené à l'horizontale : il reprend alors une coloration normale et si on l'élève encore, prend une pâleur cadavérique. Buerger attache une certaine importance au moment où apparaît cette rougeur : quelquefois dès l'horizontale : capacité circulatoire

déplorable, quelquefois au contraire à la verticale : l'*angle de capacité circulatoire de Buerger* est un petit signe clinique qu'il est bon de rechercher.

D'autres explorations, plus précises seront alors pratiquées. L'école bordelaise sous l'influence de Pachon d'une part, de nos travaux avec Guyot d'autre part, s'est plus spécialement attachée à leur étude. Et tout d'abord l'*oscillométrie*. L'exploration à l'oscillomètre doit être segmentaire et comparative (Paillard). On établit ainsi des courbes oscillométriques du côté sain et du côté malade, de la cuisse au cou-de-pied (fig. 1). Ainsi sera établi le *signe de l'oscillomètre* (Jeanneney) qui nous fournit un véritable *« critère de la vitalité du membre »*. En effet, si la courbe oscillométrique est normale, on peut dire que la vitalité du membre au niveau examiné est satisfaisante, si elle est aplatie ou quasi nulle, on peut dire que cette vitalité est médiocre et singulièrement compromise. Si on se contente de l'étude de l'indice oscillométrique (amplitude sur le cadran de la plus grande oscillation notée au cours de l'examen), on peut dire que $\frac{I^o \text{ du côté malade}}{I^o \text{ du côté sain}}$ résume assez bien le *rapport*, le *taux de la circulation* du côté malade par rapport au côté sain (Jeanneney). Si les oscillations sont diminuées aux deux membres inférieurs, ce qui est fréquent, on comparera avec les oscillations prises au bras (où les oscillations sont d'ordinaire moins fortes qu'à la jambe).

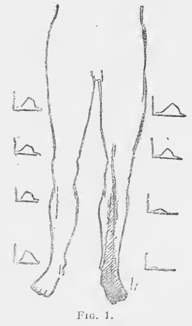


Fig. 1.

Exploration oscillométrique.

Il faut savoir interpréter de plus près les résultats de l'épreuve oscillométrique : or, l'interprétation de ces résultats est tantôt simple, tantôt plus délicate :

a) *Cas simples.* — Lorsqu'il s'agit d'une thrombose localisée, oblitérant l'artère en un point précis comme le ferait une ligature ou une embolie, l'interprétation est, en général des plus faciles : il y a arrêt net des oscillations à l'endroit oblitéré. (C'est là qu'il faudra pratiquer l'embolectomie, c'est un peu au-dessous qu'il faudra pratiquer l'amputation) (fig. 2).

Egalement facile est l'interprétation de l'épreuve oscillométrique dans certaines *gangrènes périphériques*, en apparence très étendues, mais en apparence seulement parce que le tissu gangréné y est comme un manchon entourant le membre (comme cela se voit dans les gelures et dans quelques plaques de gangrène par artériolite périphérique). L'oscillomètre montre ici, en plein tissu gangréné, des oscillations splendides et quelque peu paradoxales. En réalité, elles traduisent que les vaisseaux profonds ont toujours leur perméabilité et qu'on peut alors tenter un traitement conservateur.

b) *Cas complexes.* — Mais à côté de ces cas simples, d'ailleurs rarement observés, il existe des cas d'interprétation plus difficile. Ce sont, tout d'abord ceux (fig. 4) dans lesquels tout l'*arbre artériel sclérosé a perdu sa souplesse* : dans ces artères rigides, le sang circule au ralenti de la cuisse au pied sans pulsations pour

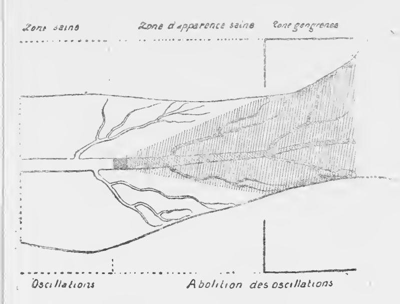


Fig. 2.

Schéma du territoire ischémié par l'oblitération d'un gros tronc nourricier. Résultat de l'épreuve oscillométrique (Jeanneney, 1918).

ainsi dire et aucune oscillation n'est plus perceptible pas plus d'ailleurs du côté sain que du côté malade. Ici, pour apprécier la vitalité des tissus, il faudra *compléter l'étude oscillométrique par d'autres recherches* (signe de Moscowicz, artériographie, capillaroscopie, raie vaso-motrice de Coascesco, etc.).

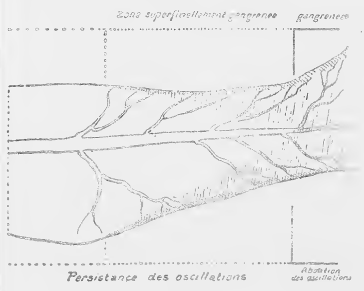


Fig. 3.

Schéma du territoire ischémié par l'oblitération des vaisseaux périphériques (par exemple, gangrène par gelure). Résultats de l'oscillométrie (Jeanneney, 1918).

On aura recours aux mêmes moyens complémentaires d'appréciation de la vitalité locale lorsque les artères n'auront perdu leur souplesse, ou ne seront oblitérées que sur un point limité, mais suffisamment néanmoins pour *amortir* le courant sanguin en aval. Tel est le cas des aortites abdominales, des

placards d'athéromes, dans lesquels un obstacle haut situé aortique ou iliaque, fait disparaître les oscillations parfois *aussi bien du côté malade que du côté sain.*

Ces cas sont fréquents, et il arrive souvent de n'avoir que des oscillations insignifiantes des deux côtés même avec un membre à peu près suffisamment nourri. Le renseignement oscillométrique est ici inutilisable *seul.*

Il est évident que, dans ces cas un peu déroutants en apparence, la réflexion permet de comprendre pourquoi l'épreuve est nulle et pourquoi *elle doit être complétée. Le signe de l'oscillomètre est un signe qui s'ajoute aux autres, les complète et, en somme, n'a de valeur clinique que lorsqu'il est franchement affirmatif.*

Les épreuves oscillométriques seront complétées par l'*épreuve du membre après bain chaud* (Babinski et Heitz). La réapparition des oscillations après bain chaud local indique qu'une bonne part des troubles relève encore du *spasme.* Et cette constatation a une grande valeur au point de vue thérapeutique, comme la réapparition des oscillations après diathermie (Jeanneney) ou après infiltration du sympathique lombaire (Leriche) ou enfin, après pyrexie artificielle (par injection de T. A. B. comme le font les Américains ou par électropyrexie).

Si le bain chaud ne donne rien, si l'auscultation des artères ne donne aucun bruit artériel, on peut estimer que la lésion est organique et assez importante.



Fig. 4.
Schéma d'un territoire ischémié par *perte de souplesse* et diminution du calibre des artères d'un membre (artères en tuyaux de pipe).

L'examen oscillométrique est un bon indice de la circulation profonde (Leveuf). Il convient en pratique — tout en connaissant l'existence et l'intérêt de ces quelques faits en apparence contradictoires — de tenir grand compte des *résultats fournis par l'oscillométrie segmentaire* qui, dans l'immense majorité des cas, fait faire le diagnostic d'oblitération artérielle (Chavany.-Des oblitérations des artères des membres. *Monde médical,* 1er juillet 1927).

L'*oscillographie* qui donne un tracé pléthysmographique du membre vient matérialiser ces explorations.

On sera souvent amené à serrer de plus près cette exploration de la perméabilité artérielle par l'étude du signe de Moscowicz et par l'artériographie.

Le *signe de Moscowicz* a été étudié dans l'excellent travail de Coiquaud (Bordeaux, 1913).

Elever le membre ou exprimer le sang veineux sous une bande d'Esmarch — placer un instant un garrot à la racine du membre, puis l'enlever : aussitôt une rougeur diffuse descend vers l'extrémité du membre et s'arrête au point où la circulation est insuffisante, l'extrémité du membre restant pâle. Cette épreuve de l'*hypérémie* comparée renseigne assez bien sur la nutrition des plans superficiels (Leveuf). De même, la zone où le membre reste froid après l'hyperémie provoquée par une injection de T. A. B. ou par une rachianesthésie, indique la région où la circulation est compromise. Ces deux épreuves sont très utilisées aux Etats-Unis et en Allemagne.

La *raie vaso-motrice* de Coacesco donne des renseignements du même ordre : en promenant sur le membre, de la racine au pied les dents d'une fourchette, on voit apparaître des traînées roses dans toute la zone bien vascularisée, le dermographisme manquant dans la zone déficiente.

Guillaume trouve enfin dans l'étude plus délicate de la *capillaroscopie* des renseignements intéressants.

L'examen radiographique du membre sans préparation révèle à côté d'un squelette plus ou moins décalcifié des artères chargées de dépôts opaques aux rayons X.

Mais c'est surtout à l'*artériographie* qu'on aura recours, en injectant dans la fémorale non plus du lipiodol (Sicard), mais des substances facilement résorbables — bromure de sodium ou thorothrast. Ici encore l'école bordelaise avec Charbonnel et Masse a apporté une importante contribution à la question. L'*artériographie* est *théoriquement* la manière idéale d'interroger la perméabilité artérielle d'un membre. Mais *pratiquement* à mesure que nous connaissons mieux cette intéressante méthode, nous nous rendons compte de ses inconvénients. (Charbonnel et Massé. *Bordeaux chirurgical,* octobre 1937).

Tout d'abord, *il n'est pas toujours facile de lire un artériogramme,* même dans les cas où l'oblitération porte franchement sur un gros tronc artériel. Comme le dit fort justement Leibovici : « On a trop facilement établi une règle simpliste : s'il y a des vaisseaux visibles à la radio, la nutrition des lambeaux est suffisante ; s'il n'y en a pas, elle est insuffisante et on doit amputer plus haut. C'est là un schéma hasardeux, susceptible de conduire droit à de graves erreurs thérapeutiques ».

En effet, on peut injecter très au-delà de ce qui est suffisamment nourri, du fait de la grande diffusibilité du produit opaque (Charbonnel et Masse). La radio donne alors une *fausse sécurité* dont quelques-uns ont eu à se repentir. Inversement, l'injection des collatérales peut ne pas se voir, alors même qu'elles sont perméables ; cette constatation donne une fausse inquiétude et conduit à amputer trop haut.

En dehors de ces inconvénients, l'artériographie peut être, — très exceptionnellement il est vrai, si l'on utilise le thorotrast (dos Santos), — la source de complications sur lesquelles Leveuf, Desplas et Reboul, Sénèque et Benoit, L. Bazy, à Paris, Imbert à Marseille, Lambret à Lille, ont attiré l'attention.

Mais lorsqu'on procède avec prudence l'artériographie se présente comme une excellente méthode d'exploration (Leriche et Fontaine), révélant outre les sinuosités et les sténoses des artères, l'état de la circulation collatérale. La perfection de l'injection est telle que, pour ceux qui n'ont pas vu beaucoup d'artériographies, une impression optimiste peut naître de l'examen d'un artériogramme qui indique presque toujours un beau chevelu vasculaire qui donne l'illusion d'une grande richesse circulatoire. Ici comme ailleurs, la connaissance exacte d'une méthode est indispensable. Pour Fontaine, l'artériographie « constitue la méthode la plus précieuse pour fixer le diagnostic exact, son pronostic et sa thérapeutique ».

On pourra enfin compléter son examen par l'étude du temps de résorption de la boule d'œdème (test d'Aldricht et Mac Clure).

Ainsi, on sera renseigné d'une part sur *la valeur de la perméabilité artérielle* en associant les renseignements fournis par l'oscillométrie, l'hyperémie comparée et l'artériographie, d'autre part sur l'*état de la vaso-motricité* en étudiant l'oscillométrie après bain chaud ou froid, la température locale après T. A. B. ou rachi, enfin indirectement en évaluant le taux des substances vaso-constrictives dans les humeurs par l'épreuve des mélanophores du cyprin de Giroud. M. Glauuès qui veut bien se charger de ces recherches dans le service, va vous en faire une démonstration. Si l'on dépose sur une écaille de cyprin un extractif benzénique d'une urine riche en cortine, on voit les mélanophores préalablement étalés se contracter. En procédant à des dilutions convenables, on peut ainsi doser le nombre d'unités de cortine contenues dans l'urine examinée. Dans le cas présent, le taux de cortine dépasse de beaucoup 40 unités, ce qui indique un hyperfonc-

tionnement de la corticale surrénalienne. (M. Glaunes procède à la démonstration).

A quelles lésions, à quels troubles fonctionnels correspondent ces différents signes : claudication, algie de décubitus, signe de l'oscillomètre, artériographie, etc. ?

Voici projetée, une coupe de la tibiale postérieure de notre troisième malade (artérite diabétique).

L'*endartère* est très épaissie : sous l'endothélium, une véritable endartérite sclérohypertrophique, avec hyperplasie collagène. La *mésartère* présente des plages privées de muscles et de fibres élastiques et *infiltrées de cholestérine et de sels de chaux.* La *périartère* est elle-même épaissie, infiltrée, ses vasa-vasorum oblitérés, ses nerfs irrités. Par places même on voit l'*infiltration calcaire* pénétrer les trois tuniques artérielles au milieu de dégénérescence collagène de la plupart des éléments.

Mêmes lésions s'observeraient sans doute, si nous prélevions les vaisseaux tibiaux de notre premier malade, atteint d'*artérite sénile* : l'artère infiltrée de sels de chaux a une *lumière* rétrécie (endartérite oblitérante), parfois même complètement oblitérée et thrombosée. En voici un type caractéristique provenant d'une amputation de cuisse sur un vieillard de 76 ans.

Des lésions très voisines s'observeraient dans l'*artérite juvénile* ou thrombo-angéite oblitérante et certains auteurs avec Guillaume et Chautemps y voient une maladie assez mal individualisée mais dans laquelle la *thrombose* n'a rien de spécifique : elle est une conséquence de l'endartérite proliférative et oblitérante plus marquée chez les jeunes que dans les processus habituellement décrits chez les artérioscléreux. Pour Buerger, au contraire, il s'agit bien d'une maladie particulière. Pour Leriche et Fontaine, *la thrombo-angiose* est quelque peu distincte des *artérites séniles,* mais elle est du même genre, qu'il s'agisse de maladie de Buerger ou des autres types d'artérite juvénile. Aussi bien, des artérites juvéniles et séniles s'intriquent elles souvent comme cela s'observe dans les artérites de l'âge moyen.

Quoi qu'il en soit, souvenons-nous que toutes ces lésions des tuniques artérielles, d'une part *aboutissent à l'oblitération et à la thrombose des vaisseaux,* d'autre part déclenchent des *excitations des filets sympathiques* des nervi-vasorum qui peuvent être le point de départ de *spasmes* à distance, manifestations précoces de l'artérite.

Pourquoi ces lésions d'*artériose* ? Elles traduisent une usure précoce du vaisseau que plusieurs causes peuvent déterminer : *intoxications* (tabac, ergotisme, alcool, vin, hypercholestérinémie) ; *infections* (syphilis, tuberculose, paludisme, infections diverses subaiguës) ; enfin, troubles endocrines troublant la vaso-motricité et créant à la longue des lésions vasculaires : ainsi interviennent les *surrénales* d'abord, les parathyroïdes ensuite, qui favorisent par la présence de sels de calcium, l'action des vaso-moteurs. Aussi bien ces glandes peuvent-elles être mises en train par les toxi-infections dont nous parlions plus haut : il est probable que l'action de l'ergotine se fasse sentir par l'intermédiaire des surrénales.

Quoi qu'il en soit, il est probable que la « fonction crée ici l'organe » et qu'au trouble purement fonctionnel du début succède à la longue la lésion d'abord discrète, mais qui est à son tour, le point de départ de réflexes vaso-moteurs à distance ainsi la maladie d'abord purement fonctionnelle deviendrait peu à peu lésion grave et irrémédiable. Il serait facile de le prouver avec l'ergotine.

Voilà pourquoi le diagnostic d'artérite doit être fait dès le début, et c'est assez facile si l'on y pense : au lieu de dire varices internes, rhumatismes, goutte (à cause des douleurs nocturnes) sciatique, il faut *contrôler l'état de la circulation* par les épreuves plus haut signalées. Elles permettront même d'éliminer les *rares myélites* avec claudication intermittente d'origine nerveuse sur lesquelles Déjerine avait attiré l'attention. Penser à l'artérite, maladie fréquente à partir de soixante ans et en chercher les signes, cela permettra de traiter à temps ces malades, avant qu'ils n'en soient au stade des complications — troubles physiques et gangrène.

Période des complications. — Je serai très bref sur cette période parce que le diagnostic y devient rapidement évident. Pourtant à la phase des *troubles trophiques*, on voit encore des erreurs de diagnostic : plaques de gangrène térébrante sous l'ongle, infectant peu à peu jusqu'au squelette, placards de nécrose sous la pulpe des orteils, sur le dos d'un orteil en marteau, sur un bord du pied, et que le malade rattache à un traumatisme qui n'a été que révélateur ou aggravateur. *La gangrène sénile* s'installe avec un orteil qui devient noirâtre et sec « sonne le mort » au stylet. Un sillon d'élimination isole le mort du vif : albumines désintégrées passent ainsi dans le sang comme l'iodure dans l'expérience du Kusmaul, qu'on retrouve dans l'urine. Et ces *toxines* s'ajoutent aux *douleurs* souvent atroces endurées par ces malades, et à l'*insomnie* pour altérer encore leur état général. Chez le diabétique, la plaque de *gangrène sèche* peut brusquement s'infecter, se transformer en *gangrène humide* à allure extensive, précédée par des traînées de lymphangite avec fièvre et toxi-infection profonde, avec insulino-résistance tant que le foyer n'est pas drainé ou supprimé.

Voici divers malades chez qui des erreurs de diagnostic peuvent être faites — deux maux perforants, un ancien « pied des tranchées », avec troubles trophiques, une ulcération sur ancienne brûlure, — et une gangrène par embolie à marche aiguë qui sera amputée tout à l'heure.

Le **pronostic** de l'artérite des membres inférieurs est très sévère. *Localement,* elle évolue plus ou moins vite vers la gangrène, et entraîne une incapacité fonctionnelle progressive qui fait du malade un infirme. Au point de vue *général,* l'affection est une manifestation d'une maladie de système, une panartérite qui, lorsqu'elle survient chez le jeune peut s'accompagner de complications viscérales graves. Au point de vue social, le malade traîne pendant des années une existence de demi-infirme. Pour toutes ces raisons, le diagnostic doit être posé de bonne heure et le traitement adéquat précocement appliqué.

Voici les règles de ce **traitement** :

Donner un *régime* pauvre en cholestérol et en calcium. Chez le diabétique, la seule manière d'agir est d'équilibrer le régime, grâce à l'insuline.

Supprimer les causes d'intoxication (tabac, alcool, pain de seigle). Traiter la syphilis.

Fluidifier (?) le sang : citrate de soude. *Assouplir* (?) les vaisseaux : iodure de potassium.

Essayer la *méthode de Silber* qui consiste à faire des injections intraveineuses de solution hypertonique de chlorure de sodium. On soumettra d'abord le malade à une épreuve de déchloruration alimentaire. Si elle aggrave les douleurs, on fera de l'hyperchloruration (10 grammes de sel par jour, en cachets), et on étudiera l'élimination chlorurée par échelons. On appréciera ainsi indirectement le fonctionnement des surrénales, la cortine étant l'hormone du sodium. Cette méthode de Silber est un excellent procédé et soulage beaucoup certains malades.

Favoriser la vaso-dilatation : bains carbo-gazeux de Royat, diathermie, acécholine, angioxyl. On leur associera des vaso-presseurs, analeptiques cardio-vasculaires (éphédrine).

Freiner le sympathique: ésérine, vitamine B1, ondes courtes, rayons infra-rouges.

Malheureusement, ces moyens médicaux sont souvent inefficaces ou d'efficacité passagère. On peut, avec avantage, les associer aux *infiltrations anesthésiques* périartérielles ou aux *injections intra-artérielles de novocaïne.* L'*infiltration du sympathique lombaire* de L1 à L IV avec 20 à 40 c.c. de novocaïne à 1 °/₀ peut amener une sédation de plusieurs mois. C'est une des meilleures armes dont nous disposions et nous la répétons autant que besoin.

Lorsque ce moyen épuise son activité on aura recours soit à la *sympathectomie péri-fémorale* soit à la *résection de l'artère* sur 8 à 10 cent. si celle-ci est oblitérée et si ses lésions sont le point de départ de spasmes à distance (Leriche).

On cherchera enfin à supprimer la cause générale du spasme : dans ce but, Oppel et Leriche conseillent la *surrénalectomie,* ou la *section des splanchniques* (Pende). Combinées à la *résection haute du sympathique lombaire* (Leriche et Fontaine), ces opérations donnent d'excellents résultats dans les diverses artérites avant le stade des complications. *Résection artérielle*

et sympathectomie lombaire haute sont le traitement de choix des artérites qui résistent au traitement médical.

Au stade des complications, — ulcérations et gangrènes sèches limitées — on traitera avec le plus grand soin ces lésions nécrotiques : nettoyage au Dakin (goutte à goutte), puis pansement sec au mercurochrome à 2 % en évitant toute macération.

En face d'une *gangrène étendue* avec douleurs, atteinte de l'état général, azotémie, — on se résignera à l'*amputation* : l'opération est d'autant plus conservatrice qu'elle est plus large, disaient les classiques, et Rocher avait fixé des règles qui sont encore vraies : amputation du pied, pour une gangrène des orteils ; de jambe pour une gangrène du pied ; de cuisse pour une gangrène de la jambe. En cherchant à économiser, on risque le sphacèle des lambeaux et la reprise des douleurs. Pourtant, on peut tempérer ces règles par l'étude conjuguée des renseignements fournis par l'oscillomètre et par le signe de Moskowicz (Jeannency). En amputant dans une zone où existent encore de bonnes oscillations et une bonne hyperhémie, on ne risque rien.

En cas de *gangrène humide*, on essaiera d'abord de limiter l'infection par des *débridements*, avec irrigation et chimiothérapie. Puis on profitera de l'amélioration obtenue pour amputer haut, (le plus souvent la cuisse) sans suturer les téguments, — car ce qui importe ici, c'est de sauver le malade.

***

Si l'on veut éviter d'en arriver à ces mutilations, il faut traiter ces malades au stade où leur affection n'est encore qu'un *trouble fonctionnel* : alors tout peut réussir même le traitement médical ou, à son défaut, les traitements chirurgicaux économiques. Plus tard, quand on s'attaque à une maladie avec des lésions organiques irréductibles, nous serons beaucoup plus désarmés.

Souvenez-vous donc que la plupart des maladies organiques sont précédées de *troubles fonctionnels avant coureurs*, sans grande importance apparente — algies, fatigue, méiopragies fonctionnelles diverses — que trop souvent on rattache à une vague origine « nerveuse » et que le devoir du médecin est de ne pas négliger. Le médecin de demain dépistera les maladies sur le *signal d'alarme* et non sur l'*accident* et ce faisant, il aura d'autant plus de chances de les guérir.

CLINIQUE MÉDICALE

La carence calcique [1]

Par M. **Jacques DECOURT**
Médecin des Hôpitaux de Paris

Parmi les multiples dangers auxquels exposent l'insuffisance et le déséquilibre de la ration alimentaire, la carence calcique est certainement l'un des plus importants ; mais, c'est aussi celui qu'une prophylaxie bien comprise peut le plus aisément combattre.

Facteurs étiologiques

La carence calcique n'est pas seulement la conséquence d'une insuffisance de calcium dans la ration alimentaire. Il est notoire, en effet, qu'il ne suffit pas d'augmenter cette ration pour combattre la décalcification. Tous les facteurs capables de troubler l'absorption intestinale ou l'assimilation du calcium peuvent aboutir à la carence, au sens large qu'il convient de donner à ce mot.

I. Insuffisance de l'apport calcique alimentaire. — S'il est évident qu'un apport constant de calcium est nécessaire pendant toute la période de croissance où se développe le squelette, on ne doit pas oublier non plus qu'à tout âge une *ration minima de calcium* est indispensable pour l'entretien des fonctions métaboliques. Cette ration peut être fixée, chez l'adulte, aux environs de un gramme par jour. Chez la femme enceinte, la croissance du fœtus exige en moyenne 200 milligr. de calcium par jour, soit un total de 54 grammes en neuf mois. La sécrétion de un litre de lait en soustrait à la nourrice 300 milligr.

Or, en période de prospérité normale, les habitudes alimentaires, surtout en milieu citadin, sont telles que nombre de sujets sont à la limite de la carence calcique. Dans la période actuelle de restrictions alimentaires, et du fait surtout de la raréfaction du lait et de ses dérivés, le déficit calcique de la ration atteint des proportions catastrophiques. D'après des calculs récents de H. et M. Hinglais, si le jeune enfant jusqu'à 6 ans reçoit une quantité à peu près suffisante de calcium, par contre, de 6 à 10 ans l'enfant ne reçoit pas la moitié, de 12 à 14 ans pas le tiers, et après 14 ans pas le dixième des quantités nécessaires. La femme enceinte et la nourrice ne trouvent pas non plus dans leurs aliments le tiers de leurs besoins en calcium.

II. Déséquilibre du rapport $\frac{Ca}{P}$. — S'il est facile d'ajouter du calcium aux aliments pour compenser l'insuffisance de son apport brut, il faut savoir que ce n'est pas là un remède suffisant. Il est nécessaire encore que l'alimentation comporte une *quantité suffisante de phosphore.* L'assimilation du calcium ne peut être assurée, surtout en l'absence de vitamine D, si le rapport $\frac{Ca}{P}$ n'est pas voisin de l'unité.

Si le phosphore est insuffisant, l'addition de calcium au régime, loin d'améliorer son assimilation, aggrave la décalcification. Celle-ci se produit, en effet, avec une élévation excessive du rapport $\frac{Ca}{P}$ aussi bien qu'avec son abaissement.

III. Insuffisance de vitamine D. — La vitamine D joue un rôle essentiel dans l'assimilation du calcium et du phosphore. Elle permet à l'organisme de maintenir son équilibre avec un apport minimum de ces éléments minéraux. Elle lui permet, en outre, de remédier sans dommage notable à l'insuffisance ou à l'excès du rapport $\frac{Ca}{P}$. Elle est donc à la fois un facteur d'utilisation et un facteur d'équilibre d'une très grande importance.

Mais il est évident qu'elle ne peut suffire à corriger toutes les carences calciques. Elle ne supplée pas à l'insuffisance des apports bruts de calcium et de phosphore. A la manière d'un architecte, elle ne peut exercer sa fonction que si elle dispose des matériaux de construction nécessaires.

La carence de vitamine D n'en reste pas moins le facteur principal des ostéopathies dites de famine, et c'est sa découverte qui rend les conditions présentes fort différentes, dans leurs conséquences, de celles qui ont été observées en Europe Centrale pendant la guerre de 1914-1918.

IV. Troubles de l'absorption intestinale du calcium. — Mais il ne suffit pas qu'une quantité suffisante de calcium arrive dans l'intestin ; il faut encore que celui-ci en assure le passage dans l'organisme. Or ce passage est entravé par l'alcalinité du milieu intestinal, qui favorise la formation de sels insolubles ; par la saponification des graisses qui aboutit à la production de savons calcaires également insolubles. Une partie du calcium ingéré se retrouve donc normalement dans les selles sans avoir participé réellement au métabolisme.

La présence de la bile dans l'intestin est un facteur essentiel de l'absorption du calcium. Les sels biliaires semblent former avec les savons calcaires des complexes diffusibles, donc absorbables. On sait, d'autre part, l'importance de la bile dans l'assimilation des graisses qui servent de support à la vitamine D.

En clinique journalière, il est fréquent de retrouver, à l'ori-

(1) Leçon faite le 9 mai 1942 à la Clinique thérapeutique de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur M. Loeper), et recueillie par M. Brault, interne des hôpitaux.

gine des carences calciques, des *troubles entérocolitiques* ou l'*abus des purgatifs* (Loeper). On sait, en outre, avec quelle fréquence de tels troubles sont le prétexte de régimes alimentaires plus ou moins déséquilibrés ou carencés.

Le rôle de l'*insuffisance biliaire* apparaît nettement dans les cas de fistules biliaires anciennes compliquées d'ostéomalacie. Expérimentalement, la dérivation de la bile hors de l'intestin provoque régulièrement une ostéoporose, qui régresse lorsque le cours normal de la bile est rétabli.

V. Troubles de l'assimilation tissulaire du calcium. — La carence calcique peut résulter encore de facteurs endogènes entravant l'assimilation du calcium dans l'intimité même de l'organisme, au-delà de l'étape intestinale. Cette assimilation est liée, on le sait, à la présence de vitamine D dans le sang et dans les tissus. Or l'organisme ne joue pas un rôle purement passif dans l'édification de ce facteur qui, à l'état physiologique, n'est pas exclusivement apporté par l'alimentation.

Ici apparaît en particulier la part qui peut revenir à la *privation de lumière solaire*. On sait que les rayons ultra-violets du spectre solaire activent, à travers l'épiderme, les stérols circulant dans le sang, donnant ainsi naissance au facteur D nécessaire à l'assimilation du calcium. Les cliniciens avaient depuis longtemps noté le rôle de la carence solaire dans l'étiologie du rachitisme et l'heureuse action de l'héliothérapie dans le traitement de cette affection.

Certains faits semblent montrer d'autre part que l'insuffisance du facteur D dans l'organisme peut être liée, non plus à un défaut d'activation actinique, mais à un *trouble du métabolisme des stérols* nécessaires à son édification, et notamment à un trouble du métabolisme du cholestérol (J. Decourt). Tel est le cas de certains sujets atteints de lithiase biliaire et de xanthélasma. L'administration de vitamine D peut se montrer alors inefficace par voie buccale, et retrouver son activité en injections sous-cutanées.

En pratique, les différents facteurs étiologiques que nous venons de passer en revue, s'associent fréquemment pour conduire à la carence calcique.

L'insuffisance et le déséquilibre de la ration alimentaire entraînent souvent, simultanément, une insuffisance d'apports minéraux proprement dits, un déséquilibre du rapport $\frac{Ca}{P}$, une carence de vitamine D et de stérols nécessaires à son édification endogène.

Certains sujets, manifestement sous-alimentés, pâtissent par ailleurs de l'insuffisance d'irradiation solaire, s'ils vivent dans un taudis obscur ou si leur vie professionnelle les retient loin de la lumière (ouvriers boulangers, gardiens de garage en sous-sol, veilleurs de nuit, mineurs, concierges, etc...).

Tel enfant, plus ou moins anorexique, et privé de lumière pendant un long hiver passé à la ville, présentera des signes de carence calcique après une poussée de croissance particulièrement active ou au décours d'une maladie infectieuse ayant nécessité des restrictions alimentaires importantes.

Telle femme encore, atteinte d'entéro-colite et soumise à un régime plus ou moins carencé, voit ses troubles s'extérioriser à l'occasion d'une grossesse ou de l'allaitement.

Dans chaque cas particulier, la thérapeutique devra souvent remédier à plusieurs facteurs associés.

Il faut tenir compte encore des *prédispositions individuelles*, qui se montrent parfois héréditaires. Certains sujets présentent, à différentes étapes de leur vie, des manifestations de carence calcique sous l'influence de facteurs assez discrets qui n'eussent pas entraîné les mêmes troubles chez d'autres sujets de constitution normale.

Conséquences de la carence calcique

Physiopathologie et aspects cliniques

La plus grande partie du calcium assimilé sert à l'édification des tissus et principalement du squelette. La première conséquence de la carence calcique est la décalcification des os. Mais celle-ci s'exprime différemment selon l'âge de l'individu.

Chez l'enfant et l'adolescent, les os sont en voie de croissance ; l'insuffisance calcique se fait surtout sentir dans les zones du squelette où l'édification osseuse est la plus active : au niveau des cartilages dia-épiphysaires. Ainsi s'expliquent les aspects particuliers des manifestations osseuses du *rachitisme*, précoce ou tardif. Ces aspects sont trop connus pour que j'y insiste. Je rappellerai seulement que la carence phospho-calcique n'explique pas tout le rachitisme. Cette affection se présente comme un syndrome complexe où interviennent souvent d'autres carences, et les effets d'infections associées, dont le médecin devra tenir compte dans sa thérapeutique.

Chez l'adulte, la carence calcique, dans ses formes graves, se traduit par le tableau classique de l'*ostéomalacie*, qu'il est également superflu de décrire. Mais je ne crois pas inutile de souligner la fréquence de ses formes frustes, qui se traduisent par un syndrome douloureux affectant surtout la colonne vertébrale, les côtes, le sacrum, le bassin, et demeurent fréquemment méconnues. J'ai longtemps insisté sur ces faits en montrant la curabilité du syndrome par la vitamine D.

Mais le calcium n'a pas seulement, dans l'organisme, un rôle architectural. Sa présence dans le sang est nécessaire à l'équilibre vital. Les ions calciques sont, en effet, parmi les principaux régulateurs de la vie végétative et de l'excitabilité neuro-musculaire. Leur insuffisance conduit aux accidents bien connus de la *tétanie*, auxquels il faut rattacher toute une série de *spasmes viscéraux*, affectant principalement la glotte, les bronches, l'estomac, la vésicule biliaire, les côlons, la vessie, à l'occasion d'épines irritatives diverses.

La carence calcique n'est cependant pas capable, à elle seule, de réaliser ces accidents, tout au moins de façon durable. Car il reste toujours, dans l'immense réservoir osseux, suffisamment de calcium pour que l'organisme y puisse encore puiser les quantités nécessaires à son équilibre humoral et tissulaire. Or, il le fait grâce à l'intervention de l'hormone parathyroïdienne ; et, pour que la tétanie survienne, il faut que cette hormone soit produite en quantité insuffisante.

Mais ici apparaissent précisément les *conséquences de la carence calcique sur les fonctions parathyroïdiennes*. L'anatomo-clinique et l'expérimentation ont montré que toute carence calcique, quelle que soit son origine, provoque une hyperplasie réactionnelle des parathyroïdes, qui se traduit par une augmentation de volume des glandules, avec hypertrophie et multiplication de leurs cellules.

Dans certains cas, cette hyperplasie devient excessive. On voit alors la décalcification osseuse purement passive des ostéopathies de carence se compliquer d'un processus de décalcification active avec multiplication des ostéoclastes et production d'ostéite fibreuse, comme dans la maladie osseuse de Recklinghausen qui est la conséquence d'un ou plusieurs adénomes parathyroïdiens. Le syndrome alors réalisé n'est plus purement un syndrome carentiel, puisqu'il comporte un processus d'hyperparathyroïdie ; mais il n'en reste pas moins la conséquence de la carence calcique, puisque celle-ci a été initialement la cause de l'hyperplasie parathyroïdienne.

Mais chez certains sujets, dont le système parathyroïdien est sans doute congénitalement faible, l'hyperplasie ne peut se faire ; les glandes parathyroïdes se montrent incapables de fournir le supplément d'effort que la carence calcique leur impose. C'est alors qu'on voit apparaître l'hypocalcémie et les accidents de tétanie qui en sont la conséquence. Ainsi peut-on voir, en clinique, les contractures musculaires et les spasmes viscéraux de la tétanie s'associer au rachitisme ou à l'ostéomalacie ; et la double série d'accidents peut être considérée dans ces cas comme la conséquence de la carence calcique initiale.

Cette inégalité de la réponse des parathyroïdes à la carence calcique, selon les sujets, explique que des aspects cliniques divers puissent être engendrés par une même cause, et que des moyens thérapeutiques identiques puissent y remédier.

Prophylaxie et traitement

Prévenir et traiter la carence calcique, c'est d'abord porter remède aux facteurs étiologiques multiples qui, très souvent concourent à sa genèse.

Une *ration alimentaire suffisante et équilibrée* doit d'abord

être assurée. Même en période de consommation libre, les conditions optima ne sont pas toujours réalisées. La plupart des aliments de consommation courante, la viande, le poisson, le beurre, les pommes de terre, les pâtes, le riz décortiqué, la plupart des légumes verts et des fruits sont assez pauvres en calcium. Certains aliments en sont riches, ainsi les haricots en grain, la farine de Soja, les moules, les escargots, les coques, le cresson, les figues sèches, les olives, les noisettes et amandes, la moutarde, mais il ne s'agit pas là d'aliments de consommation journalière. En pratique, c'est le lait et le fromage qu'il est le plus commode de prescrire. Un litre de lait de vache apporte à lui seul 1 gramme à 1 gr. 25 de calcium et 0 gr. 90 de phosphore, ce qui fait un rapport $\frac{Ca}{P}$ tout à fait satisfaisant.

Le phosphore se trouve en abondance dans la viande, le poisson, les mollusques et crustacés, dans le jaune d'œuf, le pain, les pâtes, les haricots, le soja, les fruits secs, le cacao.

La vitamine D est contenue aussi dans le lait, le fromage et le beurre, dans le foie des mammifères et des poissons, dans les œufs, le cacao.

Mais, en période de disette alimentaire, comme celle que nous vivons actuellement, il est impossible d'assurer par les seuls aliments un régime suffisamment riche et équilibré. L'expérience a depuis longtemps montré que l'*administration de sels de calcium* n'est pas capable à elle seule de prévenir ou de combattre la décalcification, même en s'adressant à des composés organiques. On recourt de préférence aux sels solubles, comme le chlorure ou le gluconate, mais il est probable que les conditions de la digestion uniformisent, en pratique, les destinées des différentes variétés de calcium ingéré.

En fait, nous l'avons vu, le calcium doit être administré avec une proportion à peu près équivalente *de phosphore*, et le phosphate bicalcique ou tricalcique répond parfaitement à cette indication. Dans les conditions actuelles de l'alimentation, on peut sans hésitation en administrer quotidiennement un gramme de 6 à 8 ans, 2 grammes de 9 à 14 ans, 3 grammes après 14 ans, 4 grammes chez la femme enceinte et la nourrice, compte tenu des rations de lait alloués à certaines catégories de sujets.

Il est nécessaire également de fournir à tout âge, une quantité minima de *vitamine D*. A défaut des sources naturelles, représentées par certains aliments et par l'huile de foie de morue, actuellement introuvable, on prescrit la vitamine D2 cristallisée (ergostérol irradié ou calciférol) que l'on trouve dans le commerce, sous différents noms, en solution huileuse au centième. I goutte par jour de cette solution chez le jeune enfant et chez l'adulte, II gouttes chez le grand enfant, III gouttes chez la femme enceinte et la nourrice suffisent, à titre prophylactique, à équilibrer le régime.

Mais, à l'*état pathologique*, en présence de décalcifications avérées, le problème est beaucoup plus complexe. Il faut évidemment remédier, dans chaque cas particulier, aux différents facteurs capables de troubler l'assimilation du calcium.

Là encore le régime doit être équilibré. Mais s'il existe des troubles digestifs, il faut s'efforcer de les combattre par les moyens appropriés. En cas d'insuffisance biliaire, l'administration de bile ou de déhydrocholate de soude est utile.

Chez certains sujets hypochlorhydriques, l'administration d'acide chlorhydrique est indiquée ; elle peut augmenter l'appétit et favorise la solubilisation du calcium dans le tube digestif.

Mais il faut encore assurer l'assimilation du calcium, en administrant à fortes doses de la vitamine D ou en favorisant sa formation dans l'organisme. On sait la valeur de l'huile de foie de morue qui apporte, avec la vitamine D, de la vitamine A, des lipides et du phosphore. Malheureusement, nous sommes actuellement privés de cette excellente médication. Les rayons ultra-violets, les cures solaires ne sont vraiment efficaces que si l'alimentation apporte les stérols nécessaires à l'édification de la vitamine, et si l'état du tube digestif et du foie en permet l'assimilation. En pratique, la meilleure ressource est représentée par la vitamine D cristallisée, que l'on prescrit, en solution huileuse à 1 p. 100, à la dose de V à VII gouttes chez le jeune enfant, de XV à XX gouttes chez l'adolescent et l'adulte. Dans les cas urgents, on peut recourir à une dose massive unique, que l'organisme se montre capable de mettre en réserve, pour l'utiliser ensuite au fur et à mesure de ses besoins. Ainsi que je l'ai signalé, il peut être utile d'administrer la vitamine en injections intramusculaires, notamment en cas de troubles digestifs graves, de fistule biliaire ou de troubles dans le métabolisme du cholestérol.

Il va sans dire que les extraits parathyroïdiens ne sont pas indiqués dans les carences calciques, puisque, s'ils se montrent capables d'élever la calcémie, ils ne le font qu'en aggravant la décalcification osseuse. Tout au plus pourraient-ils être utilisés provisoirement, en présence d'accidents menaçants de tétanie. Mais il faudrait les abandonner rapidement dès la disparition de ces accidents, pour demander la guérison aux véritables agents de la récalcification : l'équilibre alimentaire, les rayons ultra-violets et la vitamine D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1942

Association entre ultravirus, rage et lymphogranulomatose inguinale. — *C. Levaditi* a observé que le virus herpétique associé à celui de la rage des rues, inoculé à la souris par voie transcranienne, finit par surplanter celui-ci et en supprimer l'activité négrigène. Mais si l'on associe deux ultravirus, dont l'un offre une affinité élective pour les neurones (rage), et l'autre une attirance pour les cellules épendymaires et les plexus choroïdes (lymphogranulomatose), une telle association respecte le comportement de chacun des ultragermes associés.

Sur un sérum doué de propriétés anti-infectieuses spécifiques obtenu chez le cheval. — *MM. G. Ramon, H. Bénard, P. Boquet, R. Richou Mlle Ratner* ont effectué des essais comparatifs d'immunisation et d'obtention d'un sérum doué de propriétés anti infectieuses spécifiques chez le cheval soit au moyen du virus de la vaccine très actif, soit à l'aide du même virus rendu avirulent par l'action du formol et de la chaleur (anavirus). Il est possible de provoquer chez le cheval, avec l'antigène virulent comme avec l'antigène avirulent, l'élaboration d'anticorps anti-infectieux spécifiques, susceptibles d'être utilisés dans les essais de prévention et de traitement de la vaccination Jennerienne ou de la variole.

Place de la Biscuiterie dans le ravitaillement. — *M. Lapicque* s'élève contre la question qui a été posée de supprimer la fabrication des biscuits pour réserver au pain toute la farine disponible.

Au point de vue hygiénique et médical, la possibilité de substitution des biscuits à tout ou partie de la ration de pain offre même à chaque instant des avantages tels que la substitution s'imposerait pour elle-même, surtout chez les jeunes enfants qui ne peuvent assimiler le pain actuel. Aussi le biscuit devient-il une ressource précieuse par le fait de ses qualités nutritives et digestives.

Prématuration et régimes de restrictions alimentaires. — *MM. Anderodias* et de *Grailly* insistent pour que soient complétées les mesures déjà prises en faveur de l'alimentation des femmes en état de grossesse.

A propos des numérations globulaires chez des donneurs de sang. — *MM. Sureau* et *André* soulignent les résultats des examens qui viennent d'être pratiqués sur 300 donneurs pris au hasard. Chez ces sujets. 26 ont un chiffre de globules rouges compris entre 4.000.000 et 3.500.000, et 8, un chiffre qui va de 3.500.000 à 3.000.000. Il résulte de ces faits un déficit considérable du nombre des donneurs. Les auteurs demandent que des suppléments de rations alimentaires soient accordés aux donneurs de sang.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1942

Leptospirose ictéro-hémorragique à début convulsif et comateux. — *MM. P. Michon* et *Herbeuval.* — Deux jours après un début d'état infectieux avec céphalée, gros foie et hyperémie conjonctivale, apparaissent des accidents convulsifs épileptiformes puis comateux, accompagnés de phases d'opistothonos. Le syndrome méningé est très discret et le liquide est seulement un peu hypertendu. Très rapidement les signes nerveux cèdent, tandis que se développe un ictère safrané. Le séro-diagnostic est positif pour la leptospirose ictéro-hémorragique.

L'azotemie ne rend pas compte de ces accidents initiaux. Une méningo-encéphalite de type infectieux ne semble pas non plus en cause d'après les signes cliniques et liquidiens. La précocité et l'intensité de l'injection conjonctivale permettent de songer à des phénomènes congestifs méningo-encéphaliques initiaux.

La vitesse de circulation dans l'insuffisance ventriculaire droite autonome. — *MM. C. Lian* et *J. Facquet* soulignent l'intérêt de la mesure combinée de la vitesse de circulation par deux méthodes : méthode sapide avec le dycholium et méthode objective avec la fluorescéine. Cette méthode combinée permet le diagnostic de l'insuffisance ventriculaire droite autonome, c'est-à-dire liée à une maladie primitive du ventricule droit ou de la petite circulation où l'on trouve la vitesse circulatoire normale avec le dycholium et fortement ralentie avec la fluorescéine. Au contraire, dans l'insuffisance ventriculaire gauche, la vitesse circulatoire est de même sens avec les deux méthodes.

Ces constatations démontrent que dans les insuffisances ventriculaires, le retentissement sur la circulation vasculaire se fait sentir exclusivement ou avec une prédominance considérable en amont du ventricule insuffisant. En effet la vitesse dycholium est surtout influencée par la stase capillaire pulmonaire, et la vitesse fluorescéine par la stase capillaire à la fois dans la petite et la grande circulation.

M. Fiessinger rappelle à ce propos le mode d'élimination du rose Bengale.

M. Cachera a également étudié la diffusion du bleu Chicago dans la circulation veineuse : il trace une courbe d'élimination du colorant.

Troubles graves de la ventilation pulmonaire chez un enfant de six ans. Lésion tuberculeuse initiale de la bronche. — *MM. Maurice Lamy, André Soulas, Mlles M.-L Jammet et H. Wolfromm* ont assisté au developpement d'une atelectasie complète du poumon gauche chez un enfant de six ans. Deux bronchoscopies successives ont révélé la présence d'une lésion caséeuse de la bronche souche gauche. L'examen des frottis exécutés avec l'exsudat prélevé a montré la présence de bacilles de Koch. L'enfant a guéri complètement en deux mois environ.

L'hypothèse d'une lésion bronchique développée au contact d'une adénopathie tuberculeuse du médiastin ne peut guère être retenue : l'absence de tout foyer pulmonaire visible sur les clichés, celle de toute ombre ganglionnaire sur les tomogrammes, l'aspect de la lésion, la bénignité de l'évolution, tout permet d'écarter cette éventualité. Ces particularités plaident au contraire en faveur d'une autre interprétation, poussant à admettre l'existence d'une lésion tuberculeuse primitive de la bronche. L'existence de chancres bronchiques n'est pas douteuse et a été démontrée déjà chez des enfants morts peu de temps après une contamination tuberculeuse. Il est possible de la soupçonner derrière les troubles de la ventilation qu'elle provoque et à l'endoscopiste d'en vérifier la présence.

M. Troisier a observé chez l'adulte des faits analogues, une petite tumeur de la face antérieure de la trachée s'étant révélée un tuberculome typique.

M. Rist pense également que ces faits existent en assez grand nombre. Ces lésions sont curables et, chose étonnante, ne tuberculisent pas le poumon.

Action curative de l'irradiation de la région pylorique dans un cas de polyglobulie. — *MM. Georges Guillain, Pierre Mathieu* et *Jean Lereboullet* rapportent l'observation d'une malade atteinte d'une maladie de Vaquez typique chez qui, après échec de la télérentgenthérapie, la radiothérapie localisée à la région pylorique fit tomber en quelques semaines le chiffre des globules rouges de 10.000.000 à 4.500.000. Cette amélioration se maintient sept mois après la cessation du traitement.

Un cas de carotinémie simulant un ictère par rétention avec abaissement du métabolisme basal. — *MM. Pasteur Vallery-Radot* et *Jacques Serane* rapportent une observation de carotinémie qui realisa une pigmentation presque généralisée et assez intense pour faire penser au premier abord à un ictère par rétention. Contrairement aux cas précédemment publiés, le sujet avait les muqueuses conjonctivale et sublinguale légèrement teintées en jaune. Les dosages du carotène et de la vitamine A dans le sang ont montré une forte élévation du carotène ainsi qu'une élévation de la vitamine A. L'abus de végétaux riches en carotène était à l'origine de la carotinémie. Il existait une hyperlipidémie avec hypercholestérolémie. Le métabolisme de base était abaissé de — 24 %. Ce fait semble intéressant car des expériences récentes ont montré qu'il existait une interrelation étroite entre le fonctionnement du corps thyroïde et le cycle de la vitamine A dans l'organisme.

M. Decourt rappelle la fréquence de coloration jaune chez les diabétiques soumis à un régime d'aliments riches en carotène.

M. Fiessinger. — La carotinémie des diabétiques est classique et a été étudiée par Marcel Labbé. Il ne suffit pas d'un apport exagéré de carotène, il faut aussi des conditions spéciales de l'organisme.

M. Chabrol a rapporté également des cas de carotinémie chez les diabétiques.

M. de Gennes estime que ce n'est pas l'excès d'apport qui agit, mais exclusivité des aliments. Il a remarqué que l'hypercarotinémie diminuait lorsqu'on ajoutait au régime de la viande.

M. Lian a été frappé par la fréquence de ces cas. Il estime que l'insuffisance hépatique joue peut-être un rôle.

M. Ribadeau-Dumas. — Ce pseudo ictère carotinémique est provoqué très facilement chez l'enfant, mais il n'y a pas de coloration des muqueuses.

M. Pasteur Vallery-Radot. — Il y a peut-être en effet une action hépatique empêchant la transformation du carotène par le foie.

M. Fiessinger. — Chez les cirrhotiques, le taux du carotène est à peu près normal, mais celui de la vitamine A est sérieusement diminué.

Azotémie avec acidose au cours d'un traitement sulfamidé pour méningite cérébro-spinale. — *M. Marquézy* rapporte l'observation d'un enfant traité par les sulfamides pour une méningite cérébro-spinale et qui sortit de son coma méningé pour retomber bientôt dans un coma azotémique avec acidose.

L'auteur insiste sur le danger des sulfamides sur la fonction rénale. L'enfant présentait à son entrée des traces d'albumine.

M. Pasteur Vallery-Radot a également étudié l'influence des sulfamides sur le rein. Il faut faire très attention quand le rein est déjà lésé antérieurement. De plus, on observe souvent un trouble rénal passager chez le sujet sain : congestion glomérulaire et interstitielle.

M. Lemierre estime qu'au cours d'une infection aiguë chez une néphrite chronique, les sulfamides donnent cependant de bons résultats. Au cours d'une azotémie au début d'un érysipèle, l'administration de rubiazol a guéri à la fois l'érysipèle et la néphrite.

M. Marquézy. — Il faut peut-être distinguer les différents sulfamides. Le rubiazol est moins toxique.

Radiothérapie des cancers du col de l'utérus, par A. Lacassagne, F. Baclesse et J. Reverdy. Un volume 100 pages, 20 figures, 22 francs. Masson, Paris.

Les auteurs ont pour but limité de montrer, d'un point de vue pratique, ce que l'on peut attendre des radiations dans le traitement du cancer cervico-utérin.

Pour cela ils précisent : 1° Les indications de leur emploi ; 2° Les techniques utilisables, c'est-à-dire la curiethérapie intracavitaire, la télécuriethérapie, la rœntgenthérapie ; 3° Les résultats.

Guide-barème indicatif des invalidités : accidents du travail et maladies professionnelles (Textes officiels). Un volume de 152 pages : 23 francs (Masson, édit.).

Le barème est précédé de l'exposé des principes généraux servant à son application et concernant en particulier les infirmités multiples et les infirmités antérieures.

1° Guide-barème indicatif des invalidités (accidents du travail et maladies professionnelles. Annexe au décret du 24 mai 1939) ;

2° Appareillage des mutilés du travail (décret du 3 juin 1939, complété par la loi du 11 septembre 1941) ;

3° Accidents du travail du fait de guerre (loi du 24 octobre 1940, complétée par la loi du 12 juillet 1941),

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

L'électro-choc en psychiatrie

La psychiatrie fait depuis quelques années de méritoires efforts pour se débarrasser d'une fâcheuse réputation solidement établie de scepticisme et d'abstention thérapeutiques systématiques. Psychanalyse, malariathérapie, choc insulinique, cardiazolthérapie sont là pour attester la diversité et l'éclectisme des méthodes contemporaines mises en œuvre pour lutter, avec des fortunes diverses, contre un certain nombre de maladies mentales.

A l'instar de la cardiazolthérapie, la dernière née de ces méthodes, l'*électro-choc* consiste à provoquer chez les patients des crises convulsives. Pour ce faire, on utilise le passage par voie transfrontale d'un courant électrique alternatif sous une intensité variant de 250 à 600 milliampères. La technique en est simple et le maniement de l'appareil de Lapipe et Rondepierre que nous utilisons est commode ; les calculs à effectuer pour employer l'*intensité optima*, variable suivant les cas et les jours, calculs qui tiennent compte de la résistance cutanéo-cranio-encéphalique, sont très simplifiés par l'usage d'une règle à calcul spéciale imaginée par les mêmes auteurs.

Certes, pareille thérapeutique est impressionnante *a priori*, éveillant l'idée d'une électrocution ; elle l'est aussi quand on assiste pour la première fois à une séance. Mais elle l'est uniquement pour l'entourage, car le patient lui-même ne se souvient de rien, et de ce fait, accepte une application ultérieure sans appréhension aucune d'un danger ou d'une douleur préparoxystique qui se manifeste au cours de l'injection de cardiazol et qui, se gravant dans la mémoire, rend pour certains ce traitement si pénible.

La crise électrique étant habituellement moins brutale et moins violente que la crise cardiazolique, on a moins à redouter les accidents de fracture signalés avec la méthode von Meduna. Les accidents d'ordre splanchnique sont exceptionnels. Il n'en reste pas moins vrai qu'il convient d'éliminer les *sujets physiquement tarés* et, pour cela, un méticuleux examen s'impose surtout des systèmes cardio-vasculaire et rénal. La clinique suffira chez les jeunes sujets, complétée par la prise de la tension artérielle, l'examen du fond d'œil, la recherche des réflexes oculo-cardiaque et sinu-carotidien. On y adjoindra, *après un certain âge*, l'examen radiologique du cœur et l'électrocardiogramme dont certaines modalités anormales peuvent même, après avis du spécialiste, ne pas être retenues. Il faut savoir que l'*âge n'est pas une contre-indication absolue* et qu'on a pu traiter des sujets de 70 ans avec succès et sans incidents. Personnellement, nous avons depuis longtemps été frappé par l'absence de complications de tous ordres au cours et à la suite de crises d'épilepsie spontanée survenant chez des vieillards parfois très scléreux.

On ne peut fixer de *règle absolue à la conduite* d'une telle cure ; on se laissera guider par les résultats. On pratique habituellement de 6 à 12 électro-chocs à raison de trois par semaine. Les bons effets commencent souvent à se manifester après la troisième ou la quatrième séance et il est inutile de poursuivre au-delà de dix applications si l'on a enregistré à ce moment, aucun heureux effet ; dans le cas contraire, en présence de sujets résistants, on est parfois contraint de pousser jusqu'à 30 et 40 applications. Parfois, la détente est beaucoup plus rapide et nous venons d'observer une mélancolie typique et d'allure très sévère, durant depuis six semaines, complètement transformée après une seule séance. Dès que le sujet va mieux, on peut espacer les applications (une tous les quatre à cinq jours). Lorsqu'on a obtenu la guérison cherchée (apparente ou réelle), il est prudent, pour éviter les rechutes fréquentes, de la consolider par trois ou quatre électro-chocs supplémentaires.

Eu égard à l'innocuité de la méthode, les indications de l'électro-choc nous apparaissent — comme à de nombreux auteurs — pratiquement très étendues, englobant avec une gamme variable de succès et d'échecs le *vaste domaine des psychoses*. Quand, en colligeant les résultats obtenus satisfaisants ou nuls, on en analyse la teneur, on se rend compte que les troubles influencés sont surtout des *troubles dynamiques*, d'essence émotionnelle ou autre, prévalents sur l'humeur et le comportement et se manifestant tantôt de façon épisodique, tantôt de façon périodique ou intermittente ; ces accès de dérangement cérébral sont susceptibles de revêtir des allures confusionnelles, schizophréniques, obsédantes, voire même délirantes ; la *réversibilité reste leur note dominante*. Mais il existe d'autres troubles dont la cristallisation ancienne et la solide organisation indiquent dès l'abord la lésion profonde, organique, irrémédiable de l'encéphale et on n'est pas étonné de voir l'électro-choc sans action nette sur ces *troubles irréversibles*.

Une telle notion générale fait comprendre pourquoi la *psychose maniaque-dépressive*, affection essentiellement labile, est l'indication majeure de la méthode ; les *accès mélancoliques* donnent les plus beaux résultats, voire même la *mélancolie pré-sénile* souvent d'une désespérante longueur et dont on cite des guérisons des années après le début de l'accès.

Parmi les cas favorables, signalons encore les *psychoses réactionnelles*, la *confusion mentale* de nature toxi-infectieuse ou indéterminée (qu'il convient — semble-t-il, de laisser décanter quelque temps avant d'entreprendre la cure électrique) la *schizophrénie* qu'on doit au contraire traiter le plus près possible de son début, les *bouffées délirantes polymorphes*.

Parmi les *cas douteux*, retenons la *psychasthénie avec obsessions et phobies*.

Classons enfin, parmi les *mauvais cas*, les *psychoses chroniques* (où l'on peut cependant espérer modifier l'agitation et les troubles du caractère) et au premier rang, la *démence précoce*, type Morel, les *psychoses hallucinatoires chroniques*, les *démences séniles* et les *états constitutionnels* comme la paranoïa, l'hypochondrie, la perversité, etc...

Nous n'avons pas actuellement le recul suffisant pour affirmer que l'électro-choc *guérit définitivement* certaines maladies mentales. Disons seulement qu'il en blanchit un certain nombre en dissipant leurs troubles fonctionnels gênants pour le malade et pour son entourage, ce qui fait figure de guérison apparente. Et à ce point de vue, mais ce point de vue seulement, il peut être comparé au torpillage qui fait cesser certains accidents moteurs du pithiatisme sans influencer l'état mental sous-jacent.

L'électro-choc ne bannit pas d'autres moyens de cure de la psychose et, en particulier, la *psychothérapie*.

Dans l'incertitude où nous sommes de ce que nous faisons sur le cerveau humain au cours de semblables applications électriques et des suites éloignées de cette électrisation encéphalique intensive, c'est un devoir pour nous de ne pas étendre outre mesure les indications de l'électro-choc et de ne pas lui demander la guérison d'affections que nous savons devoir disparaître assez rapidement sans son aide.

Nous insisterons en terminant sur un aspect pratique de la mise en œuvre de la méthode de Cerletti qui intéresse à la fois la société et la famille. Abrégeant la durée des accès de certaines maladies mentales périodiques et partant le séjour de leurs porteurs dans les maisons de santé et les hôpitaux psychiatriques, il pallie dans une mesure appréciable à l'importance des frais supportés par la société et les familles — ces dernières surtout — pour qui la présence d'un malade mental, dans leur sein, équivaut souvent à une véritable catastrophe financière.

Dr J.-A. Chavany

Médecin de l'Hôpital N.-D. de Bon-Secours



REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Diagnostic et traitement des traumatismes crânio-cérébraux

MM. Charbonnel et Massé (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 avril 1942) précisent les notions actuelles sur le diagnostic et le traitement médico chirurgical des traumatismes crânio-cérébraux en montrant les progrès accomplis dans ces dernières années.

La technique neuro-chirurgicale moderne a permis de sauver bien des blessés.

On leur évite, par la taille d'un grand volet remis en place, des pertes osseuses crâniennes inutiles, qui étaient des causes de syndromes subjectifs et psychiques et qui nécessitaient des ostéoplasties crâniennes secondaires. L'agrandissement à la gouge, de proche en proche, n'est plus qu'une méthode de nécessité.

Grâce à la sulfamidothérapie intensive, on prévient et on soigne mieux les complications infectieuses précoces.

Enfin les séquelles tardives voient leur fréquence diminuer.

Valeur pronostique du signe du lacet dans l'hypertension

Sur 101 hypertendus ayant un lacet très positif observés par M. Levrat (*Presse Médicale*, 20 mai 1942), 14 seulement avaient une hypertension bien tolérée, 87 ayant une hypertension troublée soit par des accidents vasculaires, soit par des accidents cardio-rénaux.

Sur 38 hypertendus ayant un lacet négatif, par contre 33 avaient une hypertension bien toléréeet 5 seulement une hypertension troublée.

Les cas où le lacet est faiblement ou moyennement positif donnent une proportion intermédiaire d'hypertension troublée et d'hypertension bien tolérée.

La sulfamidothérapie de l'érythrodermie post-arsenicale

Chez 10 malades soumis à une chimiothérapie mixte arsénio-bismuthique, l'érythrodermie éclata et évolua classiquement.

4 furent soumis par MM. Huriez et R. Dumont (*Presse Médicale*, 20 mai 1942) à la thérapeutique habituelle, diurétique, réduction des apports alimentaires en chlorures et matières azotées, etc.. La guérison demanda une moyenne de deux mois.

Les autres sujets furent soumis à la sulfamidothérapie par ingestion de 5 grammes par jour de sulfamidothiazol (2090 R. P. de Specia). La guérison eut lieu dans des délais cinq ou six fois moindres.

D'autre part, MM. Huriez et R. Dumont purent reprendre chez deux malades un traitement arsenical, dans la phase où l'intradermo-réaction était encore négative. Et ils observèrent des accidents graves après réinjection d'arsénobenzol, chez des sujets dont l'intradermo-réaction était devenue positive. Cette nouvelle atteinte d'érythrodermie fut jugulée aussi efficacement que la première par la sulfamidothérapie.

Le diagnostic précoce du cancer bronchique

Le cancer bronchique représente 1. p. 100 de la mortalité globale et 10 p. 100 de la mortalité par cancer.

Les résultats opératoires sont fonction de la précocité du diagnostic. Les chirurgiens anglais et américains ont publié des statistiques où la mortalité opératoire n'excède pas 17 p. 100. D'autres statistiques montrent que sur 70 cas opérés, 41 malades sont encore vivants après un délai de deux à sept ans suivant l'intervention, ce qui porte à près de 65 p. 100 des malades opérés la proportion des guérisons obtenues.

Le diagnostic précoce auquel M. J. Lecœur vient de consacrer une importante thèse (Paris, 194) dont il donne l'essentiel dans un article du *Paris Médical* (15 mai 1942) doit être basé sur les manifestations fonctionnelles comme sur les aspects cliniques et radiologiques.

La toux est le premier symptôme en date, bientôt suivie d'une expectoration muqueuse et muco-purulente, striée de sang dans les cancers des grosses bronches.

L'hémoptysie est, après la toux, le symptôme révélateur d'un quart des cas environ, hémoptysie peu abondante et parfois crachats simplement striés de sang.

Dans les cancers des grosses bronches, on trouve un tableau clinique simulant les foyers pneumoniques, broncho-pneumoniques, grippaux, ou des abcès du poumon. La ténacité de ces manifestations pathologiques doit faire penser à un cancer bronchique en évolution, même si l'état général est conservé, ce qui est la règle.

Par l'examen clinique et radiologique, on se rend compte si on se trouve en présence d'un cancer des grosses bronches ou d'un cancer bronchiolaire.

Dans certains cas de cancer des grosses bronches, l'examen clinique et radiologique est négatif. Recourir à la bronchoscopie. Dans de rares cas, on trouve un syndrome d'emphysème pulmonaire localisé : zone tympanique avec hyperclarté. Dans l'immense majorité des cas, le cancer est soupçonné par l'existence d'un syndrome de condensation pulmonaire rétractile.

Le cancer bronchiolaire périphérique, latent pendant une longue période de son évolution, n'est souvent découvert qu'à la suite d'un examen radiologique fortuit. Le cancer bronchiolaire à localisation hilaire n'a pas d'autres signes au début, mais rapidement comprimé, donnant des images de condensation pulmonaire rétractile.

Lorsqu'on soupçonne un cancer des grosses bronches, il faut pratiquer sans délai la bronchoscopie.

Lorsqu'il est question d'un cancer bronchiolaire, la radiologie simple ou tomographique peut être utile ; mais la bronchographie lipiodolée est l'examen radiologique le plus utile.

Ne pas négliger l'examen des crachats ; et, si par ces procédés, il n'a pas été possible d'affirmer la nature néoplasique de la tumeur, pratiquer le pneumothorax préopératoire qui préparera le malade à la thoracotomie exploratrice et éventuellement à l'exérèse chirurgicale du cancer.

Les troubles cardiaques séquelles du pneumothorax artificiel

M. Ch. Roubier (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 avril 1942) après avoir rappelé les accidents cardiaques graves qui viennent exceptionnellement compliquer le pneumothorax artificiel à ses périodes de création ou d'entretien, insiste sur des troubles de nature plus bénigne (palpitations, algies précordiales pseudo-angineuses, angoisses nocturnes, crises de tachycardie) qui apparaissent au moment de l'abandon du collapsus ou même après la fin du traitement.

Ces séquelles cardiaques semblent survenir plus volontiers chez les anciens pneumothorax gauches. L'auteur attribue le principal rôle à la symphyse pleurale amenant le déplacement du cœur. Les trois malades dont il rapporte l'observation présentaient tous les signes d'une pachypleurite gauche avec sinistrocardie plus ou moins prononcée. Mais le facteur mécanique n'est pas seul en cause, et on pourrait invoquer soit un terrain spécial d'hypersensibilité neuro-végétative, soit un processus de médiastinite avec irritation des nerfs du plexus cardiaque.

Ces troubles, bien que bénins, n'en sont pas moins tenaces, sujets à récidiver et peu influencés par la thérapeutique.

Indications combinées du drainage endocavitaire et de la thoracoplastie

La méthode de Monaldi pour le traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses est actuellement fréquemment employée. MM. P. Lagèze et M. Pont (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 avril 1942) envisagent successivement les indications du drainage comme opération autonome et comme intervention combinée à la thoracoplastie.

Les indications de la méthode à titre autonome soit dans les cavernes anfractueuses qu'il s'agit d'assécher, soit dans les cavernes anciennes, stabilisées ou peu actives, pour lesquelles le but poursuivi est l'élision, ne sont pas les mêmes en cure sanatoriale d'altitude et en clientèle hospitalière de plaine. En milieu sanatorial, les indications de la méthode de Monaldi appliquée isolément ne sont pas rares et les résultats souvent très bons ; dans les services hospitaliers, les résultats sont beaucoup moins encourageants et ne permettent d'envisager qu'exceptionnellement le drainage à titre autonome.

Par contre le drainage constitue une excellente thérapeutique de complément, associée à la thoracoplastie.

En premier lieu le drainage pré-opératoire est indiqué lorsqu'une abondante sécrétion purulente entraîne des troubles fonctionnels et généraux importants ou lorsqu'on a intérêt à diminuer le volume d'une caverne très superficielle. Entre les deux temps de la thoracoplastie, l'aspiration amenant une réduction de la lésion cavitaire, pourra permettre d'envisager un second temps moins étendu. Enfin le drainage peut être mis en œuvre lorsque les interventions chirurgicales ont laissé subsister une lésion résiduelle, susceptible d'être drainée avec profit.

INFORMATIONS

FACULTÉS — ECOLES — ENSEIGNEMENT

Cours de technique hématologique et sérologique, par M. le Docteur Edouard PEYRE. — Ce cours comprendra 16 leçons, et commencera le lundi 29 juin 1942, à 14 h. 30 : 1º un exposé théorique et technique ; 2º une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Le droit à verser est de 250 francs.

Actualités biologiques sur le bacille de Koch et l'infection tuberculeuse. — Cet enseignement qui sera fait par MM. BEZANÇON Jean TROISIER, BOQUET et NEGRE, commencera le lundi 15 juin 1942, au Petit amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, selon le programme ci-dessous :

Lundi 15 juin, M. le Professeur F. BEZANÇON : Morphologie et conditions de développement du bacille de Koch. Problème d'un cycle évolutif. — Mercredi 17 juin, M. le Professeur F. BEZANÇON : Les facteurs dose de bacilles et virulence dans l'infection tuberculeuse. — Vendredi 19 juin, M. le Professeur F. BEZANÇON : Le phénomène de Koch et le problème de la surinfection tuberculeuse. — Lundi 22 juin, M. BOQUET (de l'Institut Pasteur) : Le bacille tuberculeux bovin. — Mercredi 24 juin, M. le Professeur Jean TROISIER : L'évolution des réactions à la tuberculine. — Vendredi 26 juin, M. BOQUET (de l'Institut Pasteur) : L'immunité dans la tuberculose expérimentale. — Lundi 29 juin, M. NEGRE (de l'Institut Pasteur) : Etat actuel de la vaccination anti-tuberculeuse par le B. C. G. : la vaccination par scarifications cutanées.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades. — *Cours de chirurgie orthopédique*, par M. Jacques LEVEUF, avec le concours de MM. Pierre PETIT, Pierre BERTRAND, BARCAT, LAURENCE, Henri GODARD.

Ce cours aura lieu chaque jour du lundi 15 juin au jeudi 25 juin 1942, au petit amphithéâtre de la Faculté, à 14 h. 30. A la suite de chaque leçon, une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique.

Durant la période du cours, des séances opératoires auront lieu les mercredi et samedi matins à 10 heures dans le service de la Clinique chirurgicale infantile et orthopédie aux Enfants-Malades.

Seront seuls admis aux démonstrations opératoires, les élèves régulièrement inscrits et ayant payé les droits spéciaux fixés à 300 francs. Les Internes en médecine des hôpitaux sont dispensés de ces droits.

HÔPITAUX — ASSISTANCE PUBLIQUE

— Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves Internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mercredi 1er juillet 1942, à 9 heures du matin à la salle du Conseil de surveillance de l'Administration, 5, avenue Victoria, Paris (IVe).

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), jusqu'au mardi 16 juin 1942 inclusivement.

Hôpital-hospice Saint-Vincent-de-Paul. — Par décret du 13 mai 1942 est approuvé l'arrêté du Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, en date du 19 mars 1942, attribuant le nom de « Hôpital-hospice Saint-Vincent-de-Paul » à l'établissement dépositaire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.

Médecins de la Marine marchande. — Un examen d'aptitude à ces fonctions, réservé aux Docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-médecine), le 22 juin et jours suivants.

Les épreuves écrites commenceront le 22 juin à 9 heures.

Les dossiers des candidats devront être adressés dix jours à l'avance au Secrétariat d'Etat à la Marine (Direction de la Flotte de Commerce), 3, place de Fontenoy, Paris (VIIe).

Aucune convocation individuelle ne sera adressée aux candidats.

La demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 20 francs pour droits d'inscription.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Ligue française contre le rhumatisme. — Le 21 juin 1942 aura lieu à Aix-les-Bains (nouveaux thermes), une réunion commune de la Ligue française contre le rhumatisme, de la Société savoyarde des Sciences médicales et de la Société médicale d'Aix-les-Bains.

Sujet : Le début du rhumatisme chronique. Rapporteur : M. P. Baumgartner.

Séances : le matin à 10 heures, l'après-midi à 3 heures. Un déjeuner réunira les participants.

S'inscrire, pour les communications, chez le Docteur F. Françon, 9, rue Lamartine, Aix-les-Bains.

ECHOS & GLANURES

La thérapeutique essentielle en vingt médicaments. — M. J. Carles croit, comme Ch. Fiessinger, ou presque, qu'on peut faire la thérapeutique essentielle avec vingt médicaments :

« ..... Seulement, ceux-là, il faut les connaître minutieusement. Avec ces quelques armes, bien en main, nous ferons des merveilles. Prenons quelques exemples :

Voici la quinine. Apprenons à ne pas l'employer, ne l'employons pas comme un simple médicament symptomatique, stupidement contre la fièvre : briser le thermomètre n'est pas un moyen d'arrêter l'évolution de la maladie. Et la quinine freine la phagocytose, sidère le système nerveux, rend le pneumogastrique inexcitable, enraie les défenses normales de l'organisme.

En dehors de son action spécifique contre le paludisme, où elle fait merveille, et de son action sur l'excitabilité du cœur, elle est indésirable. Et encore son action spécifique si remarquable est-elle parfois limitée. Nous verrons qu'il est nécessaire dans certains cas de compléter ses effets par la quinacrine, quelquefois et surtout la rhodoquine, pour agir complètement sur les schizontes et surtout les gamètes ; soit que son action soit incomplète ou inefficace, soit que, comme dans les cas de grossesse, elle ne soit pas sans danger.

Voici encore la digitale, l'ouabaïne, médicaments essentiels qui ont transformé l'évolution et le pronostic de bien des affections cardiaques. Là encore, il faut un doigté tout spécial pour les manier. Ils constituent des médicaments profondément dissemblables, selon la dose utilisée, élevée ou minime, le mode d'emploi : une dose très faible et presque indéfinie de digitale soutient admirablement certains cardiaques ; une dose élevée et prolongée devient un poison violent. De même, avec des injections intraveineuses d'ouabaïne, on galvanise et on sauve des mourants. Elles n'en comportent pas moins des risques graves.

J'aurais à vous citer encore comme médicaments essentiels :

L'opium, sans lequel Sydenham déclarait que la médecine serait impossible. Ressource admirable et quelquefois suprême contre la douleur ; mais capable aussi, employé à contre temps, d'être des plus dangereux. Une piqûre de morphine faite à un azotémique ignoré n'est-elle point capable de provoquer un coma toxique ?...

La théobromine, diurétique déchlorurant d'une très grande activité et qui rend d'importants services ; mais seulement si on l'emploie en temps utiles, une fois le rein décongestionné.

Le salicylate de soude, spécifique merveilleux du rhumatisme articulaire aigu ; mais mal toléré et même dangereux : agent d'acidose, s'il n'est associé à des doses élevées d'alcalins, de bicarbonate de soude.

L'insuline, qui a transformé le pronostic si grave des diabètes avec dénutrition et de tous les accidents diabétiques. Mais, si elle n'est pas extrêmement pure, ce sont des abcès aseptiques innombrables, des mortifications spéciales à tous les points qui ont subi des piqûres, manifestations du phénomène d'Arthus. Ce sont encore les accidents graves d'hypoglycémie, allant jusqu'au coma, si elle n'est pas administrée avec toute la prudence et avec les strictes règles nécessaires.

Le chlorhydrate d'émétine, qui arrête définitivement une dysenterie amibienne ou un abcès du foie à leur début, mais médicament hypotenseur qu'il faut manier avec des correctifs, et inefficace dès que l'amibe a pris sa forme kystique de résistance.

Les arsénobenzols, les sels de bismuth qui ont bouleversé le traitement de la syphilis et son évolution, mais qui comportent tant de prudence dans leur emploi. Rappelez-vous en particulier de la crise nitritoïde des arsénobenzols, des neuro et méningo-récidives, de la troublante arséno-résistance.

Les injections d'alcool neurolytique pour le traitement des névralgies faciales ou intercostales.

Les injections salées à 10 p. 100 dans les accidents d'hypochlorurémie de l'occlusion intestinale et des vomissements incoercibles.

L'impressionnant traitement des avitaminoses, chacune par sa vitamine propre.

Les sulfamides, enfin, les derniers venus de notre thérapeutique moderne, et qui comptent parmi déjà les médicaments les plus actifs et les plus précieux avec leur action merveilleuse et si rapide dans l'érysipèle et les streptococcies, la méningite cérébro-spinale, les pneumococcies, les gonococcies, les colibacilloses.

Mais là aussi, dure rançon d'un emploi inconsidéré : purpura, agranulocytose, anémies graves avec épuisement des centres hémo- et leucopoïétiques apparaissent dès qu'ils sont appliqués sans les précautions et la sévère surveillance que comporte leur usage.

Ajoutons les divers vaccins :

Les vaccins antityphoïdiques, qui, pendant la guerre, ont sauvé des corps d'armée, et les anatoxines diphtériques et tétaniques qui, commencent à rendre tant de services.

Restent les multiples sérums pour compléter l'énumération de nos médicaments essentiels actuels, de ceux que nous devons connaître absolument à fond.



TRAVAUX ORIGINAUX

Sur quelques dyspepsies intestinales de carence alimentaire

Par **M. LOEPER** et **Ch. BACH**

Les troubles digestifs sont monnaie courante à l'heure actuelle. Leur origine alimentaire est évidente, mais l'accord n'est pas fait sur leur mécanisme.

Les carences vitaminiques ont souvent été invoquées, il est bien vrai que, dans le tableau clinique des différentes avitaminoses, les troubles digestifs prennent fréquemment une large place. Il est bien vrai aussi que certaines vitamines, spécialement les vitamines B., P. P., A. et D. nous sont fournies de façon précaire. Mais, pour l'adulte au moins, de fortes doses ne sont pas indispensables et le rôle du facteur avitaminose nous paraît avoir été nettement exagéré.

Plus importants, plus constants, en tous cas, à notre avis, sont l'insuffisance globale de la ration, le déséquilibre alimentaire ainsi que la carence de certains éléments minéraux et essentiellement du calcium.

Cliniquement, les troubles digestifs consécutifs à ces insuffisances peuvent être individualisés, un peu schématiquement peut-être, en quatre types :

— Le *type météorique* qui est sans conteste le plus fréquent : le gonflement abdominal y domine et les réactions à distance qu'il entraîne souvent sont :

La gêne rétrosternale, les douleurs lombaires, cœcales, coliques, voire les crises pseudo-angineuses.

L'examen radiologique confirme l'énorme distension abdominale.

Les selles sont acides, elles contiennent des débris alimentaires hydrocarbonés en quantité abondante.

Sous l'influence d'un traitement correct, l'amylodiastase et la pancréatine, ces divers troubles s'améliorent avec une rapidité parfois surprenante.

— Le *type diarrhéique* est fréquent également.

Ce n'est pas la diarrhée passagère, véritable purgation qui cède spontanément en deux ou trois jours, mais un trouble plus rebelle, réalisant souvent un véritable état dysentérique, où les selles sont très fréquentes, liquides, surtout glaireuses, muqueuses, parfois sanglantes. Leur émission s'accompagne de brûlures anales ou de prurit localisé.

Radiologiquement, on constate l'accélération du transit.

L'examen des selles révèle là encore l'abondance des résidus non digérés : cellulose et hydrates de carbone, surtout une acidité importante.

Sur cette forme de diarrhée, un traitement judicieux, extraits glandulaires et alcalins, eau de chaux, craie préparée, amène une régression rapide.

— Le *type douloureux* se rencontre plus rarement : crampes abdominales fréquentes, survenant sans horaire fixe, sorte de crises d'expulsion non suivies de selles, ou bien crampes épigastriques, survenant aussitôt après les repas ou à quelque distance des repas.

L'examen radiologique met en évidence l'hyperpéristaltisme : le côlon spasmé, l'estomac hyperkinétique, véritablement choréique.

Le signe de Chvostek est possible, la calcémie s'abaisse à 9 ou 8 centigr. %°, indiquant bien le mécanisme des accidents, et, après un traitement récalcifiant, sels calcaires avec ou sans vitamine D, l'amélioration est rapide.

— Enfin dans un dernier type, les *phénomènes généraux* dominent, les troubles digestifs restent au second plan : la fatigue, l'asthénie dominent avec des crises de sueurs inexpliquées, une hypotension artérielle importante et parfois l'urticaire.

Les selles sont très acides encore, mais fait capital, elles sont très riches en bases aminées, avant tout en histamine, qui atteint jusqu'à 17 milligrammes. L'histaminémie elle-même d'ailleurs peut atteindre 4 milligrammes par litre de sérum.

Ici l'alcalinisation des selles est encore utile, mais le charbon qui est un adsorbant de ces bases toxiques et l'adrénaline qui est leur antidote font merveille.

Telles sont les principales formes cliniques qu'il est possible d'individualiser avec, en abrégé, leur traitement respectif.

***

Une étude de l'alimentation actuelle va mettre en évidence quelques faits essentiels et permettre d'expliquer ces divers types cliniques.

La ration alimentaire actuelle est globalement insuffisante. Elle ne dépasse guère 1.400 calories. Elle est mal équilibrée, car elle apporte un excès de farineux et de cellulose. Elle est enfin électivement insuffisante en calcium. Ce sont ces deux derniers points que nous voudrions préciser.

L'excès d'**hydrocarbonés** est évident puisqu'ils représentent les trois quarts de la ration. Or l'intestin n'absorbe que 90 % en moyenne des hydrates de carbone ingérés. C'est ce que montrent diverses statistiques, dont celle de Zunz et, Magnus Levy :

FEUILLETON

IL Y A CENT ANS

Un succès difficile à expliquer

C'est celui de François-Joseph Double, qui naquit à Verdun-sur-Garonne le 11 mars 1776 et mourut à Paris le 12 juin 1842, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Qu'avait-il fait pour obtenir ces honneurs ? Personne n'en sait rien.

Sa vie, sauf un épisode, est assez banale. Fils d'un pharmacien, il commença ses études dans sa maison natale sous la direction d'un frère de peu son aîné. Ils les continuèrent de concert au Collège de l'Esquille, à Toulouse. Il entra ensuite dans une officine, ayant le désir de devenir pharmacien. Son frère, qui était ecclésiastique, ayant été incarcéré pendant la Terreur, il se fit enfermer avec lui. Peu de temps après, ils furent tous deux condamnés au bannissement et se retrouvèrent en Espagne où François-Joseph s'était fait nommer pharmacien à l'armée des Pyrénées. Ce frère devait mourir évêque de Tarbes à 77 ans. Puis Double résolut de changer de profession et de se faire recevoir médecin. Il alla étudier à Montpellier après avoir commencé ses études médicales à Toulouse. Il soutint le 9 Messidor an VII, sa thèse inaugurale qui portait comme titre : « *Considérations sur l'imminence des maladies en général* ». Après cette soutenance, il exerça d'abord à Toulouse, puis vint à Paris et continua à étudier avec zèle. Admis à la Société de médecine sur la recommandation de Sédillot, il publia de nombreux articles de bibliographie dans le *Journal général de médecine*, qu'il dirigea ensuite longtemps. Il vivait alors difficilement d'une petite rente qui lui venait de ses parents. Plus tard, il épousa la fille de Pelletier, le découvreur de la quinine.

Tous ceux qui ont écrit sur la vie de Double font état de ce qu'il était un travailleur acharné, qui ne voulut jamais accepter de place officielle, de sinécure ou de fonctions et qui dut sa réussite en clientèle à ses grandes qualités de cœur et d'intelligence ainsi qu'à sa valeur de praticien. Comment se fit-il connaître du public ? Nous l'ignorons. Lorsque le fils de Louis-Bonaparte, en 1807, mourut du croup en Hollande (Corvisart, appelé auprès de lui, arriva après la mort), Napoléon qui en avait fait son successeur éventuel parce qu'il n'attendait plus d'enfants de Joséphine, navré de cette disparition brutale, ouvrit un concours portant sur cette maladie et doté de plusieurs prix. Double concourut et ne fut classé que troisième. Deux ans plus tard, il publia une nouvelle édition de l'*Interpres clinicus* de Klein, mais tout cela ne dépassait ni une honnête moyenne, ni un cercle assez restreint. Et cependant, nous voyons François-Joseph acquérir une situation de premier plan, devenir le consultant à la mode, le médecin des hauts fonctionnaires et accéder successivement à l'Académie de médecine (1820) qu'il devait présider en 1830 et à l'Académie des Sciences (1832). Passe pour

	Résidu	Quantité absorbée	Pourcentage de résidu
Pain blanc	45 gr.	515 gr.	9 %
Pain complet	61 gr.	481 gr.	11
Haricots	41 gr.	580 gr.	9
Farine de seigle	37 gr.	504 gr.	8
Farine de maïs			3
Farine de blé			5
Farine de riz			4

et celle de Nicloux :

Pomme de terre	55 gr.	718
Pain bis	72 gr.	659
Pain blanc	6 gr.	391
Pois	41	587

D'autre part, l'excès de **cellulose** est évident : salade, choux, raves, rutabagas, etc... Or, l'intestin absorbe à peine 40 à 50 % de la cellulose et le pourcentage des résidus non ingérés atteint 53 % pour les choux, 40 % pour les carottes, 53 % pour les céleris.

Résidus farineux et cellulosiques se retrouvent facilement dans les selles visibles à l'œil nu, décelables facilement au microscope et constatables par fermentation *in vitro* suivant la méthode de Schmidt.

Surtout, stagnant dans le gros intestin, ils subissent l'action de diverses bactéries : bacterium coli, lactis, acidophilum, clostridies, etc..., qui produisent des **gaz** en quantité appréciable.

Le CO^2 n'est pas aussi dominant qu'on croit puisqu'il n'atteint guère que 17 à 30 %, mais les hydrocarbures dépassent 42, l'H^2S existe et l'Az se maintient à 17 et 25.

En même temps que se forment les gaz par fermentation de ces résidus, le milieu intestinal s'acidifie et le taux des **acides** double ou triple.

Ajoutons, et c'est un point nouveau, que dans ce milieu à réaction acide des **bases aminées** à haut pouvoir toxique prennent naissance au dépens des acides aminés alimentaires. Le type de ces bases aminées est l'histamine qui vient de l'histidine par décarboxylation et dont on connaît l'importante action locale et générale. Nous avons avec Lesure, Tanasesco, après Hanke et Kœssler, montré son abondance.

D'autre part, l'apport insuffisant de **calcium** ressort nettement de l'étude de la ration alimentaire actuelle.

Les besoins quotidiens de l'organisme en calcium atteignent 0 gr. 90 à 1 gr. 40. Or, l'alimentation actuelle n'apporte guère plus de 0,40 à 0 gr. 50 de calcium par jour :

avec 250 grammes de pain	0,25
avec 300 grammes de pommes de terre	0,05
avec les légumes secs	0,05
avec les nouilles	0,10
	0,45

Dans cette alimentation les principales sources du calcium alimentaire font défaut : le lait, les fromages, les œufs ; elle contient au contraire du pain, des haricots qui n'apportent que des quantités modérées de calcium, des pommes de terre, topinambours, rutabagas surtout qui en sont très pauvres.

D'ailleurs à l'insuffisance d'apport du calcium, s'adjoignent souvent deux autres facteurs dont l'action est parallèle :

— l'insuffisance de l'assimilation intestinale du calcium que semble montrer l'abondance dans les fèces des sels de chaux ;

— l'abondance des pertes calciques qui résultent des diarrhées coliques, car le côlon constitue la grande voie d'élimination du calcium : une purgation légère amène une déperdition de 54 à 90 % du calcium ingéré déjà; une diarrhée durable 100 à 130 %, et la perte quotidienne peut atteindre ainsi 80 à 1 gramme.

***

La thérapeutique dérive naturellement des données précédentes. Elle sera quadruple :

1° Elle visera d'abord à accroître le plus possible l'assimilation des farineux, par la prescription d'amylodiastase et surtout de ferments pancréatiques. *On ne donne pas assez d'extraits pancréatiques.*

Ceux-ci seront prescrits de préférence sous forme liquide à distance des repas, parfois sous forme de pilules enrobées. Il est vrai que, fabriqués avec le pancréas de porc, ils sont aujourd'hui assez rares. L'amylodiastase peut remplacer en partie l'extrait pancréatique ;

2° Elle visera à l'*alcalinisation* des selles par le bicarbonate de soude, le carbonate de chaux, le carbonate de magnésie avec fort peu de sucre ;

3° Elle sera aussi *récalcifiante*. Si l'on discute encore l'absorption intestinale des différents phosphates de chaux, elle n'est, croyons-nous, pas négligeable même pour le pH tricalcique. D'ailleurs, nous avons à notre disposition deux excellentes préparations : le gluconate de chaux et aussi le chlorure de calcium que l'on pourra prescrire *per os* à la dose de 1 à 2 grammes.

L'adjonction de vitamine D est toujours utile, elle favorise l'absorption du calcium, mais il lui faut l'extrait pancréatique qui favorise l'absorption des graisses ;

4° Enfin, elle évitera l'absorption de l'histamine fournie par l'intestin, en donnant le *charbon* qui l'y fixe. Elle évitera les effets toxiques dus à sa résorption intestinale, en donnant l'*adrénaline* dont l'action physiologique s'oppose strictement

---

la première où il ne fut pas élu, mais nommé dans la première promotion, et dont il avait aidé Portal à organiser la fondation. Mais pourquoi succéda-t-il (et justement à Portal) à l'Institut en 1832 ?

« S'il n'a rien, absolument rien fait, dit Lachaise dans *Hygie*, pour passer à juste titre pour un médecin d'un profond savoir, il n'a cependant jamais dû son avancement à une de ces basses qualités si communes au ourd'hui et que nous avons résumées sous le nom d'intrigue... Il a donné des preuves de cet esprit observateur et méthodique plus propre à faire l'inventaire d'une science qu'à la faire marcher d'un pas... Il était plus propre à coordonner qu'à créer... Le savoir n'explique donc pas suffisamment la position médicale de M. Double ».

Faut-il voir la raison de son succès dans ses ouvrages ? Certes non, puisque le mémoire sur le croup n'eut aucune vogue et que la *Séméiologie générale* qu'il donna ensuite inspire au même critique l'opinion suivante : « Les deux ou trois volumes qu'il s'est donné la satisfaction de publier sur cette matière si large et si épineuse ont eu si peu de succès qu'ils n'ont jamais été cotés dans le commerce de la librairie ».

Y a-t-il, à la réussite de Double, une raison politique ? Nous n'en savons rien et il ne semble pas, à distance, avoir été homme à se servir de moyens semblables. Lachaise dit encore : « Il n'avait sans doute qu'un mot à dire pour se faire nommer médecin d'un de nos principaux hôpitaux, inspecteur des Facultés médicales, membre du Conseil de salubrité ou du Conseil supérieur de santé, peut-être même professeur ou doyen de la Faculté de Paris ». Il n'y consentit pas, mais la fin de la phrase laisse percer néanmoins quelques doutes : « Il le pouvait d'autant mieux que ses écrits portaient la livrée scientifique des réactionnaires qui vinrent, à une certaine époque, s'abattre sur notre pauvre Faculté, en chasser les fondateurs et se disputer leur dépouille ».

Mais il y a mieux encore dans la vie de Double que ces nominations académiques. Il faillit être pair de France ! La *Gazette médicale de Paris* publiait en 1841, la note suivante : « Grande nouvelle, nouvelle heureuse ! La médecine est sur le point d'entrer à la Chambre des Pairs, d'endosser les nobles insignes de cette haute fonction, de monter à la tribune où Cabanis a parlé, où Chaptal avait accès. On nomme l'un des représentants les plus élevés de notre profession : une parole élégante et mesurée, un tact exquis, des manières aussi distinguées que faciles, une grande sagesse d'idées, un jugement profond, une pénétration toute hippocratique, tels sont, avec une carrière relevée par plus d'un succès, les titres du futur pair de France ». Mais l'article se termine en demandant pourquoi pas Larrey, pourquoi pas Orfila aussi bien que Double.

Car les journaux en général et même ceux qui ne semblent pas porter ce dernier dans leur cœur ne tarissent pas sur ses vertus et ses talents. On ne parle que de son honnêteté scrupuleuse, de son talent de diagnostic remarquable, de son excellent jugement, de son style facile et pur, de sa valeur en tant qu'académicien. C'est un concert d'éloges dans lequel il n'y a pas une dissonnance. Certains le considèrent comme un de ces médecins habiles, consommés, qui font de bonnes choses plutôt que de

à l'action de l'histamine. L'adrénaline se prescrira à la dose de XV à XX gouttes par jour sur un demi morceau de sucre.

Telles sont les indications thérapeutiques et diététiques des quelques états dyspeptiques dont l'alimentation actuelle peut être déclarée responsable.

Effets de la sous-alimentation sur l'acide ascorbique mesuré dans le sang et les urines

P, LOUYOT, J. GIRARD et M. VÉRAIN

Nos recherches sur les effets de la sous-alimentation, poursuivies depuis près d'un an, nous ont conduits à une première vue d'ensemble clinique et humorale (1) ; les symptômes principaux sont la pâleur des téguments, contrastant avec des globules rouges de nombre à peu près normal, mais généralement hyperchromes ; la diminution de l'acide ascorbique du sang sans parallélisme avec les épreuves de fragilité capillaire, l'asthénie, les vertiges, le dérobement des membres inférieurs, accompagnant l'hypoglycémie ; enfin, l'inversion fréquente de la formule leucocytaire et la leucopénie faisant redouter pour l'avenir une sensibilité plus grande aux infections. Dans le champ de notre expérience, aucun cas d'avitaminose authentique ne s'est présenté, et l'aspect d'ensemble des malades observés n'est pas celui des carencés ; tout au plus peut-on parler de précarence, en donnant à ce terme un sens très général et polyvalent.

Certes, ce tableau est loin d'être complet, et l'on conçoit aisément l'impossibilité de rechercher dans le sang d'un même sujet tous les déséquilibres possibles, ne pouvant faire de prélèvements trop importants à des individus amaigris et fatigués. D'autres auteurs ont étudié les modifications du métabolisme de l'eau, l'accroissement de la diurèse, le phosphore, le calcium, les albumines du sang, etc..., ce qui permettra plus tard de reconstituer l'ensemble de ce tableau clinique, si important par ses conséquences ultérieures.

La place nous manque pour revenir ici sur ce sujet dans ses détails, mais nous voudrions insister aujourd'hui sur les modifications de l'équilibre en vitamine C. Car, n'ayant pas suivi dans ce domaine la grande majorité des auteurs, il nous a paru plus intéressant d'étudier l'acide ascorbique du sang comparativement à celui des urines, laissant de côté les épreuves de charge ; nos quelque cent malades ne pouvaient, en effet, s'astreindre à une épreuve peu pratique en dehors d'un service hospitalier, qui les eut obligés à une perte de nombreuses heures de travail ; de plus, le taux de l'ascorbémie est loin d'être négligeable.

(1) J. GIRARD, P. LOUYOT et M. VÉRAIN. — Académie de médecine, 21 janvier 1942.

1. TECHNIQUE

Tous les malades ont été examinés dans les mêmes conditions, c'est-à-dire le matin à jeun, par conséquent loin d'un apport vitaminique alimentaire. La vessie ayant été préalablement vidée au réveil, les dosages des échantillons de sang et d'urine prélevés en même temps ont été faits par la méthode de Tillmans, basée sur la décoloration de la solution d'indophénol. Cette réaction a été rendue spécifique en travaillant à pH 3,8. La courbe cinétique de décoloration a été établie avec l'électrophotomètre de Meunier.

2. RÉSULTATS

Dans le sang des sous-alimentés, le taux de l'acide ascorbique est fréquemment au-dessous de la normale, mais pas de façon constante ; les chiffres recueillis chez nos cent sujets se répartissent ainsi :

Au-dessous de 3 mmgr. au litre : dans 30 % des cas.
Entre 3 et 5 mmgr. au litre : dans 15 % des cas.
Entre 5 et 8 mmgr. au litre : dans 25 % des cas.
Entre 8 et 10 mmgr. au litre : dans 17 % des cas.
Au-dessus de 10 mmgr. au litre : dans 13 % des cas.

Si, d'après les nombreux dosages effectués sur des sujets normaux (Van Eckelen, Ingalls, Stephens et Hawley, Lund et Lieck, etc...), le taux moyen de l'ascorbémie est de 8 mmgr. au litre, on peut dire que la déficience se rencontre chez nos malades dans 70 % des cas.

Dans les urines, le taux de la vitamine C, examiné seul et à jeun, nous paraît sans valeur, mais il prend une certaine signification par comparaison au taux de l'ascorbémie, comme nous le verrons plus loin. D'une façon globale, nous avons trouvé :

Ascorburie supérieure à l'ascorbémie : 50 % des cas.
Ascorburie égale à l'ascorbémie : 22 % des cas.
Ascorburie inférieure à l'ascorbémie : 28 % des cas.

Le déséquilibre entre ces deux valeurs est parfois important, et, à titre d'exemple, voici quelques-uns des chiffres que nous avons recueillis avant tout traitement :

	Taux de concentration en acide ascorbique à jeun : du sang	des urines
obs. XV	3 mmgr. 10	8 mmgr. 35
Obs. XXVII	6 mmgr. 65	36 mmgr. 7
Obs. XLIX	5 mmgr. 9	29 mmgr. 25

grandes choses et d'éclatantes découvertes ». Mais ce ne sont pas là vertus et talents qui suffisent ordinairement à faire entrer un homme dans les Académies (sans quoi où irions-nous ?) ni surtout à la Chambre des Pairs.

Il n'y entra d'ailleurs pas. On expliqua que si cette fois, il échouait, c'est qu'on avait mis comme condition à sa nomination qu'il cesserait d'exercer la médecine et qu'il avait refusé : « Dans la dernière promotion des pairs, le nom d'un médecin célèbre, le nom de M. Double a été agité et la dignité de pair de France a été offerte à notre illustre confrère à la condition qu'il renoncerait à l'exercice de sa profession et aux habitudes d'une vie laborieuse et utile. M. Double a honorablement repoussé une telle proposition »... Il ne peut voir sans amertume que l'exercice de sa noble et bienfaisante profession soit aujourd'hui un motif d'exclusion aux dignités dont l'intelligente libéralité de Napoléon avait doté Cabanis, Berthollet et Fourcroy ». (*Gazette des médecins praticiens*, novembre 1838).

C'est ainsi que la vie de Double nous offre à résoudre quelques énigmes. Sa mort nous en réservait une autre. Amussat nous en a laissé une relation détaillée. Le mardi 7 juin 1942, après avoir assisté à la séance de l'Académie de médecine (il y était fort assidu), il voulut, quoique déjà souffrant, aller visiter quelques malades. Le soir, il dînait chez le maréchal Soult, ministre de la Guerre, dont il était le médecin. Avant le dîner, comme il attendait dans le jardin, il eut une faiblesse subite et perdit connaissance. On le reconduisit chez lui où il refusa de laisser appeler un médecin. Amussat, qui vint le voir le lendemain, lui conseilla de faire venir quelque confrère ; il n'y consentit pas. Le jeudi, il ne voulut voir personne. Le vendredi, le samedi, Amussat et Roux lui proposent une saignée. Il n'en veut pas. Ce n'est que le dimanche à 7 heures du matin qu'il l'accepte. Douze heures après, son état est désespéré ; Andral obtient qu'on lui pose des vésicatoires sur les cuisses. Plus tard, le même reviendra avec Fouquier et Chomel, mais il sera trop tard pour faire quoi que ce soit d'utile et Double meurt à 11 heures.

Pourquoi cet homme, qui était un praticien des plus courus, qui soignait si bien ses semblables, à la sûreté de diagnostic de qui on rendait hommage, qui se savait, par conséquent, atteint d'une probable pneumonie, refusa-t-il les secours que voulaient lui prodiguer les plus appréciés parmi ses confrères ? N'avait-il donc aucune confiance soit en eux, soit dans un art qu'il exerçait de façon si supérieure ? Ce n'est pas la phrase énigmatique, elle aussi, du discours que Pariset prononça sur sa tombe, qui nous tirera d'embarras : « peut-être qu'avec trop de foi dans l'art divin qui nous anime, il en avait trop peu dans l'art qu'il exerçait lui-même et qui souvent en effet, n'est à l'égard du premier qu'une dangereuse parodie ».

Comprenne qui pourra non seulement cette dernière phrase, mais aussi les raisons qui ont rendu Double illustre de son vivant et qui ont failli faire de lui un pair de France après l'avoir fait deux fois académicien.

Henri BOUQUET.

	Taux de concentration en acide ascorbique à jeun : du sang	des urines :
Obs. LXV	indosable	8 mmgr.
Obs. LXXX	2 mmgr. 2	25 mmgr. 5
Obs. LXXXVI	5 mmgr. 3	14 mmgr. 5

Le taux de concentration de l'ascorburie apparaît donc quelquefois assez élevé, dans des urines qui n'ont pas séjourné longtemps dans la vessie, plus de douze heures après le dernier repas, alors que la plupart des auteurs admettent la rapidité d'élimination urinaire de l'acide ascorbique en excès (8 heures en moyenne), même chez les sujets nettement saturés (Demole). De plus, le taux de l'ascorbémie, examiné au même moment, montre que les sous-alimentés, en apparence saturés d'après les urines, sont, en réalité, en état de déficience.

Cliniquement, nous n'avons pas observé de relation entre l'hypoascorbémie et les mouvements de la tension artérielle, comme on aurait pu s'y attendre en raison du parallélisme d'excrétion urinaire de l'hormone surrénale et de l'acide ascorbique (Giroud). D'autre part, conformément aux constatations de Green, l'épreuve de Gœthlin positive dans 45 % des cas, et l'épreuve du temps de saignement allongé dans 81 % des cas, ne suivent nullement les mouvements de l'acide ascorbique du sang des sujets observés.

Enfin, *du point de vue thérapeutique*, les essais de recharge en vitamine C, soit *per os*, soit par voie musculaire ou veineuse, n'ont donné de résultats appréciables que dans un petit nombre de cas ; encore le relèvement du taux de l'acide ascorbique du sang a-t-il été précaire et fugace pour quelques-uns d'entre eux ; nous n'avons obtenu de succès qu'en appliquant des traitements complexes encore en voie d'étude, ce qui apporte un témoignage supplémentaire en faveur de nos conclusions.

3. Interprétation

L'étiologie des faits observés n'est pas simple. Certes, il faut incriminer tout d'abord l'insuffisance des apports alimentaires dans leur ensemble, d'autant plus sensible que les conditions de vie présente ont obligé la plupart de nos malades à des exercices inaccoutumés en dehors de leur travail normal, tels que le jardinage ou les coupes de bois dans les forêts voisines. Il y a donc disproportion entre les calories absorbées et une dépense musculaire exagérée. Or, il est déjà démontré que le travail excessif produit une baisse des réserves en vitamine C dans l'organisme et en particulier au niveau des glandes surrénales (Van Eekelen, Giroud, Ratsimamanga).

De plus, le régime alimentaire, déjà insuffisant, est par ailleurs mal équilibré, la proportion de lipides et de protides étant notoirement déficiente, ainsi que certains éléments minéraux tels que le phosphore et la chaux (Hinglais, L. Randoin et Ch. Richet, Gounelle et Mande, Lecoq). Par contre, il est à remarquer que les troubles observés sont apparus en été, c'est-à-dire à une saison où les crudités ne faisaient pas défaut, où donc l'apport vitaminique naturel était très suffisant ; d'ailleurs, les nombreux échecs du traitement par l'acide ascorbique seul confirme la suffisance de cette vitamine dans le régime. Enfin, tous les sous-alimentés ne présentent pas fatalement une baisse de leurs réserves en vitamine C.

Aussi pensons-nous que l'hypoascorbémie résulte, dans nos conditions d'observation, non d'une insuffisance d'apport d'acide ascorbique, mais plutôt, soit d'une insuffisance d'absorption et d'assimilation, soit d'une impossibilité pour les tissus de conserver la charge vitaminique.

L'insuffisance d'absorption peut être pour quelques-uns le fait de troubles digestifs. Les phénomènes de gastroentérite de deux ou trois malades, chez d'autres, la modification générale du chimisme intestinal, les aliments de mauvaise qualité, le développement de certaines flores digestives (Stepp), sont susceptibles d'entraver l'emmagasinement de la vitamine C (Giroud et Leblond). Mais il semble bien aussi et surtout que l'acide ascorbique, ayant été normalement absorbé, est trop rapidement éliminé, les tissus et les organes ne le conservant pas en charge. Et nous n'en voulons pour preuve que cette ascorburie excessive observée à jeun, très supérieure à l'ascorbémie, comme s'il existait un seuil rénal de la vitamine C et que ce seuil soit abaissé.

Ces faits sont donc bien le témoignage d'une perturbation du métabolisme général, résultant d'une alimentation déséquilibrée et déficiente, chez des sujets fournissant un travail supérieur à ce que leur permet leur ration journalière ; ils sont confirmés par les essais thérapeutiques. Et si quelques malades ont été favorablement influencés par l'administration d'acide ascorbique, d'autres n'ont montré qu'un relèvement fugace de leur ascorbémie ; d'autres enfin n'ont manifesté le passage de la vitamine dans leur organisme que par une excrétion urinaire accrue, tandis que l'ascorbémie restait faible ou s'abaissait davantage.

En pratique, le problème est donc d'ordre très général et l'on ne doit pas chercher à redresser seulement un symptôme humoral, mais plutôt stimuler les fonctions métaboliques dans leur ensemble. Nous reviendrons prochainement sur cette importante question.

4. Conclusions

1° Les sujets qui, soumis à un régime déséquilibré ainsi qu'à une dépense tissulaire excessive, sont en état manifeste de sous-alimentation, ont souvent un abaissement du taux de la vitamine C dans leur sang ;

2° La déficience en acide ascorbique des sujets sous-alimentés est la preuve, non d'une insuffisance d'apport, mais d'une impuissance de l'organisme, soit à l'absorption et à l'assimilation, soit à la conservation *in situ* des réserves nécessaires ;

3° Les épreuves de charge, contrôlées par les seuls dosages urinaires, peuvent être illusoires, car une ascorburie élevée, laissant croire à une charge suffisante, peut s'accompagner d'une ascorbémie basse. Le dosage de l'acide ascorbique du sang est donc un examen nécessaire et donne une idée plus certaine de l'importance des réserves vitaminiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Abcès froid de la fosse iliaque [1]

Par **P. WILMOTH**

Nous avons actuellement dans le service, une malade qui présente en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, une fistule secrétant un liquide *séro-purulent* assez abondant ; cette fistule est apparue depuis quelques jours. Voici l'histoire de cette malade :

C'est une femme âgée de 37 ans, qui nous a été envoyée le 12 mars dernier pour une grosse tuméfaction de la fosse iliaque droite. Un certain nombre de diagnostics avaient été posés auparavant ; mais l'examen soigneux montrait de toute évidence qu'il s'agissait d'une collection liquide dans la fosse iliaque droite, donnant nettement la sensation de fluctuation ; en effet, quand on appuyait sur cette collection, on provoquait la saillie d'une petite tuméfaction en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; cette tuméfaction pouvait être refoulée complètement ; la fluctuation était donc indéniable.

Par ailleurs cette collection liquide de la fosse iliaque droite ne s'accompagnait d'aucun trouble ; la malade ne souffrait pas à la marche, ni dans la colonne vertébrale, ni dans le bassin ; elle n'avait pas maigri, elle était apyrétique. Le diagnostic pouvait sembler *difficile*. Cependant, dès l'entrée de la malade dans le service, nous avons pu affirmer l'existence d'un abcès froid dans la fosse iliaque.

Que conjecturer d'un abcès froid en ce lieu ?

La première idée qui s'impose, est celle d'un abcès froid migrateur suivant l'un des deux muscles, soit le muscle iliaque

(1) Leçon clinique de l'hôpital Cochin du 1er mai 1942.

qui tapisse la face interne de l'os du bassin, soit le *muscle psoas qui vient du flanc latéral du rachis.*

L'abcès froid rachidien lombaire en se développant suit les *insertions* musculaires latéro-vertébrales, soit en dehors, soit dans la gaine du muscle : le psoas sert de guide à cet abcès et le conduit, en passant sous l'arcade crurale, jusque dans le triangle de Scarpa.

Nous pouvions penser qu'il s'agissait d'un mal de Pott lombaire avec abcès lombo-iliaque ; mais, on ne constatait aucun trouble du côté du rachis, le diagnostic d'origine restait douteux. Vous savez que le mal de Pott, l'ostéo-arthrite tuberculeuse vertébrale, se manifeste en principe par certains symptômes douloureux, par une contracture des muscles des gouttières vertébrales, or chez notre malade, il n'y avait aucun signe de lésion rachidienne. Mais est-ce une raison pour éliminer systématiquement le diagnostic de mal de Pott ? Certainement non, car il est une forme, *rare à la vérité*, de mal de Pott, qu'il faut connaître, c'est celle qui n'attaque pas l'articulation vertébrale (il ne s'agit pas d'une ostéo-arthrite vertébrale), mais seulement d'une ostéite du corps de la vertèbre, ostéite qui n'effondre pas encore le corps de la vertèbre, qui ne donne par conséquent pas de déformation de la colonne lombaire, qui ne touche pas l'articulation et ne provoque par conséquent pas de *contracture* musculaire : en bref, c'est une tuberculose du corps de la vertèbre lombaire qui évolue à bas bruit, sans symptômes apparents, mais s'extériorisant par un abcès qui en progressant, gagne la fosse iliaque : abcès froid pottique sans les signes habituels du mal de Pott.

Chez notre malade, il fallait établir qu'il ne s'agissait pas de cette variété de mal de Pott corporel lombaire. Nous avons demandé des radiographies ; or, ni de face, ni de profil, nous ne trouvions sur ces radiographies la lésion qu'on observe quelquefois, petite géode creusée dans le corps vertébral, avec grand abcès froid descendant dans la fosse iliaque, forme de tuberculose vertébrale que nous étions en droit de soupçonner chez notre malade puisqu'il y avait un abcès froid dans la fosse iliaque.

La radiographie ne nous montrant pas de lésion corporelle, l'abcès froid ne venait donc pas du rachis. Eliminant donc la cause la plus fréquente des abcès froids de la fosse iliaque, nous devions penser ensuite à l'abcès froid qui vient de l'articulation sacro-iliaque.

L'articulation sacro-iliaque est en rapport également avec le muscle iliaque, avec le muscle psoas. Un abcès froid qui prend naissance dans l'articulation sacro-iliaque peut se développer dans la fosse iliaque.

Nous avons donc pensé à une sacro-coxalgie qui est la cause la plus fréquente de ces abcès froids d'origine ostéo-articulaire, après le mal de Pott lombaire.

L'examen clinique confirmait-il cette hypothèse ?

Nous ne trouvions aucun symptôme de sacro-coxalgie, aucun signe clinique pouvant orienter ce diagnostic. Mais nous avions fait une radiographie du bassin et, si elle montrait un contour osseux iliaque très net, un contour net également du sacrum, en un point de l'articulation sacro-iliaque correspondant à l'interligne antérieur, il y avait *une petite tache*. Or, l'injection de lipiodol dans la cavité de l'abcès, nous permit de constater qu'une traînée opaque aboutissait à cette petite perte de substance de l'articulation sacro-iliaque. De toute évidence, il s'agissait d'une sacro-coxalgie avec abcès froid développé dans la fosse iliaque droite.

Nous avons ponctionné la malade à plusieurs reprises ; nous avons retiré en deux ponctions, un demi-litre de pus assez bien lié, de couleur jaune verdâtre, contenant de petits grumeaux, puis la fistule s'est constituée.

La sacro-coxalgie est une ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque. Cette articulation est extrêmement serrée ; les mouvements qui s'y passent sont réduits au minimum ; les culs-de-sac de la synoviale sont pratiquement nuls ; cette articulation est très particulière dans son anatomie et sa physiologie, ce qui explique qu'un abcès froid qui naît dans cette région de l'articulation sacro-iliaque puisse ne pas donner grands signes. Pour disloquer cette articulation extrêmement serrée, il faudrait en effet une fonte osseuse considérable de l'aile iliaque, de l'aileron sacré et encore, il n'est pas certain que cette destruction amènerait une déformation appréciable du bassin, car subsistent encore les puissants ligaments ilio-lombaires ; d'ailleurs la résection de cette articulation, qui a été faite, ne donne pas de troubles appréciables de la statique du bassin. Donc, articulation très serrée, où les lésions tuberculeuses de destruction ne s'extériorisent pas en principe par des signes grossiers.

Quelle est l'évolution d'un abcès froid qui naît au niveau de l'articulation sacro-iliaque ?

Il faut d'abord savoir que celle-ci a un interligne antérieur et un interligne postérieur ; certains abcès naîtront donc en avant, d'autres en arrière, d'autres du pôle inférieur.

L'abcès froid postérieur peut exceptionnellement remonter dans la fosse lombaire ; il peut se développer dans la fesse. En règle, ces abcès postérieurs sont moins fréquents que les abcès antérieurs.

L'abcès froid antérieur, variété qui affecte notre malade, est un abcès qui fuse dans la fosse iliaque interne, soit le long du muscle psoas, soit le long du muscle iliaque, soit sous le muscle iliaque ; cet abcès en se développant arrive au contact de l'arcade crurale, peut passer sous elle et bomber dans le triangle de Scarpa.

L'abcès peut se développer vers le bassin où il rencontre le muscle releveur de l'anus. C'est ce muscle qui limite alors l'abcès et l'empêche en principe de fuser plus loin ; l'abcès restera pelvien, il pourra s'ouvrir soit dans la vessie, soit dans le vagin, soit dans le rectum. Mais le releveur de l'anus ne constitue pas toujours une barrière infranchissable, l'abcès froid peut le perforer ; il devient alors périnéal, se développe dans le creux ischio-anal où il peut se fistuliser.

Une autre variété d'abcès est celle de l'abcès qui se développe au pôle inférieur de l'articulation sacro-iliaque, il passe dans la grande échancrure sciatique où il trouve un guide, comme l'abcès froid venu de la colonne vertébrale a suivi le psoas ; ici, le guide est le nerf sciatique qui peut conduire cet abcès très loin ; d'abord à la fesse, c'est la variété des abcès postérieurs fessiers sacro-coxalgiques ; l'abcès peut, en suivant le nerf sciatique, descendre jusqu'au milieu de la cuisse, et même aller plus loin jusqu'au creux poplité.

Au cours de l'évolution de la sacro-coxalgie, on peut observer des troubles nerveux que l'anatomie explique très bien. En effet, en dedans de l'articulation sacro-iliaque, se trouvent deux grands trous, les trous sacrés par lesquels sortent les racines du plexus sacré qui donnent naissance au grand nerf sciatique. Assez souvent, toute la symptomatologie de la sacro-coxalgie tient dans une névralgie sciatique : le malade souffre le long de ce nerf et boite en marchant. A l'examen, on trouve tous les signes neurologiques de la sciatique et ils sont nombreux.

Autre signe neurologique : c'est le syndrome de la queue de cheval. Un abcès, né dans la sacro-iliaque peut se développer dans le canal sacré où se trouvent les filets nerveux qui terminent la moelle, la queue de cheval, et y provoquer leur souffrance.

C'est entre 20 et 40 ans qu'on voit se développer en général les abcès de la sacro-coxalgie. On a dit qu'on les rencontrait surtout chez les soldats. Ce n'est pas exact ; peut-être, est-ce parce que ces sujets sont soumis à des examens répétés qu'on a pu à tort affirmer la plus grande fréquence dans cette catégorie d'individus. C'est surtout chez les hommes, entre 20 et 40 ans, qu'on rencontre la sacro-coxalgie. Notre malade cependant est une femme ; il ne faut donc pas tenir un trop grand compte de l'influence du sexe.

Comment se manifeste en règle cette sacro-coxalgie ? Elle peut se manifester par une sciatique, par un syndrome de la queue de cheval ou par un abcès ; très rarement, ce sont les troubles de la statique du bassin qui attirent l'attention. Quand il y a boiterie, le diagnostic peut être hésitant, car il est une variété de coxalgie qui donne également des abcès de la fosse iliaque interne, mais elle est exceptionnelle, c'est une forme spéciale de la coxalgie et l'examen clinique permet seul de différencier la lésion de la hanche de l'autre.

Il faut donc rechercher la douleur dans l'articulation sacro-iliaque par la pression appuyée, la contracture musculaire qui sont de très bons signes de lésions tuberculeuses, mais il est dif-

ficile de les mettre en évidence au niveau de cette articulation. Il est classique de rechercher trois signes :

1° Le *signe d'Erichsen*, qui consiste, pour trouver la douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque, à empaumer les crêtes iliaques et à tenter de les rapprocher l'une vers l'autre. C'est une manœuvre infidèle et brutale qui n'est pas à recommander.

2° Le *signe de Volkmann*. Pour cela, on attire violemment la crête iliaque à soi, ce qui, en cas de lésion de l'articulation, provoquerait à son niveau une violente douleur ;

3° Le *signe de Lasalle* qui consiste à demander au malade de se soulever du plan du lit et de s'y laisser choir brutalement, ce qui doit déterminer une forte douleur lorsqu'il existe une lésion articulaire.

Voilà les trois signes dont la recherche est proposée pour mettre en évidence la souffrance de l'articulation sacro-iliaque. Mais ce sont là manœuvres brutales qu'il n'est plus recommandé de pratiquer.

Mais alors, comment faire la preuve de la sacro-coxalgie, comment en faire le diagnostic s'il n'existe aucun signe nerveux, pas de troubles de la statique du bassin, pas de trouble nerveux de celui-ci. Quand l'examen clinique a permis d'éliminer le mal de Pott, seule la radiographie peut indiquer le point de départ de cet abcès froid, de ce tuberculome de la fosse iliaque. La radiographie montre une géode, soit dans le massif des épines iliaques postérieures, soit au niveau de l'aileron sacré ; donc géode sacrée, géode iliaque avec destruction plus ou moins étendue de l'interligne articulaire.

Que faire alors chez un tel malade ?

Il y a : 1° le traitement contemplatif qui consiste à voir venir les choses, à attendre, car l'ostéo-arthrite tuberculeuse arrive à guérir par ankylose : la nature agit seule ; après avoir détruit plus ou moins complètement les surfaces articulaires, elle les unit par un cal fibreux solide ; c'est ainsi qu'une tuberculose du genou arrive à guérir ; l'ankylose guérit l'ostéo-arthrite tuberculeuse. Les anciens chirurgiens imitaient la nature, laissaient le malade couché sur un plan dur, sur une planche, quelquefois recouverte d'un matelas, soit un lit plâtré qui moulait la fesse, la région lombo-sacrée ; ils attendaient deux ou trois ans que la fonte osseuse ait cessé et que la réparation fibreuse se soit produite.

C'est une évolution possible, favorable, mais très lente. Cette méthode n'est plus guère employée aujourd'hui, sauf contre-indications. A l'heure actuelle, les chirurgiens se sont attaqués à la tuberculose sacro-iliaque et voici ce qu'ils ont imaginé.

Il faut imiter la nature et obtenir cette ankylose. Pour cela, il est deux conduites : soit interposer un greffon osseux entre les deux épines iliaques postérieure et supérieure : ainsi on immobilise à distance l'articulation sacro-iliaque : c'est l'*arthrodèse extra-articulaire*. Mais il s'agit là d'une immobilisation un peu éloignée du foyer tuberculeux.

Aussi des chirurgiens tels que Tuffier, Mauclaire ont préconisé l'opération suivante : avec un trépan, on fore l'aile iliaque, puis l'aileron sacré, en plein foyer tuberculeux et dans le trajet ainsi créé, on place une tige osseuse prélevée sur le péroné faisant ainsi un véritable enchevillement. Mais on place un os sain en plein foyer tuberculeux, direz-vous ? Oui, il semble qu'on puisse le faire sans danger ; c'est l'*arthrodèse intra-articulaire*.

Donc, arthrodèse extra-articulaire, arthrodèse intra-articulaire sont deux moyens commodes et assez efficaces de rechercher l'ankylose de l'articulation ; autrefois, on ne les employait pas, entre la phase purement orthopédique et la phase chirurgicale qui elle, préconisait les résections de l'articulation sacro-iliaque. Cette résection est, en effet, une opération idéale pour certaines articulations telles que l'épaule, le poignet, le genou surtout. Cette résection on la faisait totale, on réséquait complètement l'articulation sacro-iliaque, mais c'est une opération considérable et fort shockante ; elle n'est donc pas indiquée, de ce fait, chez des tuberculeux ; pour cette raison, la résection totale de l'articulation est aujourd'hui complètement abandonnée.

Cependant, certains chirurgiens ont montré qu'on pouvait faire des résections partielles dans les cas où la radiographie décèle seulement de petites lésions, limitées à la partie postérieure de l'articulation. La résection partielle permet de faire l'exérèse complète du foyer tuberculeux et donne de bonnes guérisons. Il est indiscutable que le traitement chirurgical a amélioré l'évolution de ces tuberculose ostéo-articulaires qui comportent toujours un pronostic sombre du fait qu'elles évoluent généralement chez des tuberculeux avérés, pulmonaires ou viscéraux. Notre malade, heureusement, échappe à cette loi, car, tous les examens pratiqués n'ont révélé aucun autre foyer tuberculeux ; nous pouvons donc espérer pour elle une guérison complète dans quelques mois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1942

Les guérisons lointaines des néphrectomies pour cancer. — ***M. Maurice Chevassu*** rapportant sa statistique personnelle de 68 néphrectomies pour cancer, dont 43 ont pu être suivis, trouve les chiffres suivants :

Survies de 3 ans au moins : 44 % ; Survies de 5 au moins : 37 % ; Survies de 10 ans au moins : 18,6 % ; Survies de 15 ans et plus : 4,65 %.

Il constate que tous les cancers sauf un, ont été diagnostiqués à l'occasion d'une hématurie, alors que dans 5 cas seulement le rein était perceptible ; par ailleurs ces nephrectomies ont presque toutes éte pratiquées sur des reins d'extirpation facile, parce que non encore adhérents, il en conclut que l'extirpation facile d'un rein sans adhérence paraît être la condition essentielle des succès durables.

Pour ce faire, il importe que toute hématurie, qui n'est pas une hématurie totale, soit étudiée avec la hantise du cancer. Ne pas compter sur un rein perceptible. Recourir immediatement à l'examen radiographique. Si la radiographie simple ne décèle pas de calcul, faire une urographie intra-veineuse, qui pourra dessiner les déformations des calices telles qu'on peut les voir dans les cancers. Mais si cette épreuve reste douteuse, l'exploration cystoscopique s'impose. L'uretéro-pyélographie rétrograde, en particulier, pourra dessiner des images caractéristiques que l'urographie intraveineuse avait été incapable de mettre en relief. On etudiera aussi la mobilité du rein qui commande le pronostic. Si tardive relativement que soit trop souvent la première hématurie révélatrice, c'est en lui attachant l'importance capitale qu'elle mérite et en l'étudiant avec tous les moyens dont l'urologie dispose à l'heure actuelle, qu'on offre aux cancéreux du rein les meilleures chances de guérison.

Le décret du 20 août 1939 permet-il d'assurer la protection de la santé publique ? — ***M. Belin.*** — La consommation des coquillages a notablement augmenté dans les circonstances actuelles. La salubrité de ceux qui sont consommés crus est-elle convenablement assuree ?

L'épuration des coquillages élevés ou pêchés dans les régions insalubres, est irrégulièrement faite et mal surveillée. Des coquillages très dangereux, comme les moules de la région méditerranéenne, souvent consommées crues, sont ainsi vendus librement.

Seuls devraient être livrés à la consommation les fruits de mer provenant des régions salubres. Les huîtres surtout. On ne saurait trop recommander au public actuellement de consommer après cuisson la plupart des coquillages.

Reproduction expérimentale d'un syndrome dû à la surcharge de l'organisme par le chlorure de sodium. — ***Mme N. Dobrovolskaïa-Zavadsnaïa*** et ***M. V. Monsikoff*** ont observé ces derniers temps un syndrome particulier sur les malades se plaignant d'amaigrissement, à savoir : des vertiges, une bouche sèche, de la polyurie avec mictions impérieuses et incontinence de l'urine. Tous ces symptômes ont été reproduits sur les souris jeunes par injections hypodermiques de solutions hypertoniques de chlorure de sodium.

Une réduction du sel dans la nourriture a été suivie d'une amélioration rapide de presque tous les symptômes.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1942

Traitement des pseudarthroses du col du fémur par l'ostéotomie sous-trochantérienne haute. — *M. Charvy.* — M. Mathieu rapporteur.

Désarticulation temporaire du pied et résection médiotarsienne pour tuberculose chez l'adulte. — Un bon resultat éloigné présenté par *M. Magnant.* M. Leveuf rapporteur. *M. Sorrel* est heureux de voir cette technique remise en honneur.

Traitement des fractures hautes de la diaphyse fémorale. — *M. Magnant* fait un enchevillement central par voie trochantérienne. La technique est facile et heureuse.

Chirurgie des fibromes. — *M. Desmarest* passe en revue deux cents observations d'hysterectomie avec conservation des trompes et des ovaires. La castration ne se justifie presque jamais. L'auteur fait un chaud plaidoyer en faveur de sa technique d'hystérectomie. Non mutilante. La fonction hormonale est suffisamment maintenue chez les femmes à ovaires partiellement conservés et le traitement hormonal est chez elles plus efficace.

MM. Bergeret, Brocq, Daniel Férey appuient sur l'intérêt de la conservation des ovaires. *MM. Sauvé, Richard* apporteront des documents éloignés.

Election d'un membre titulaire. — *M. Meillère.*

Traitement des pieds ballants de la paralysie infantile. *M. Boppe* a vu des échecs de l'arthrodèse : douleurs, semi-ankylose, ostéophytes, arthroses. Il propose de placer l'astragale en flexion forcée, alors que le reste du pied demeurerait en position normale. L'astragale, dont le bec est fixe dans le scaphoïde. freine doucement de par sa position, toute mobilité exagérée du pied.

Les fièvres post-opératoires. — Conclusion de la discussion par *M. Gosset.* Il existe indiscutablement des fièvres post-opératoires non infectieuses qui appartiennent au groupe nosologique de la « maladie opératoire ». Les moyens de traitement à mettre en œuvre sont particuliers.

Jean Calvet.

Séance du 3 juin 1942

Eventration diaphragmatique gauche. — Estomac en forme de cornue avec blocage de la poche cardiaque. Gastro-gastrostomie en fer à cheval. Guerison. *MM. Lazemon* et *Ameline,* rapporteurs.

Dilatation aiguë primitive de l'estomac. — *M. Huet* communique deux cas de *M. Lohéac,* concernant des dilatations gastroduodénales aiguës chez les vieillards, terminées par la mort. L'examen radiologique extemporané avait permis le diagnostic.

MM. Mouchet, Jardel et *Rochlin* apportent trois exemples typiques de cette grave affection, dont le diagnostic est facilité par l'examen radiologique, mais dont le pronostic demeure des plus sévères malgré l'emploi des thérapeutiques usuelles.

M Hepp ajoute cinq cas observés chez des sujets en état de denutrition marquée. La symptomatologie associe les signes physiques du volvulus pelvien aux signes fonctionnels et généraux de l'occlusion du grêle. L'évolution est extrêmement grave quoiqu'on fasse.

M. Mondor a pu mettre en évidence dans deux cas de dilatation post-opératoire, différente des dilatations aiguës primitives rapportées par les auteurs, la pince mésentérique, facteur de la dilatation. La radiographie d'urgence en position déclive, est bien utile à ce point de vue.

Le tubage, la position genupectorale ont amené la guérison.

M. Leriche pense que dans ces dilatations aiguës, il y a d'abord un facteur nerveux splanchnique, puis un élément mécanique surajouté. En agissant par anesthésie splanchnique on obtient, en même temps qu'une chute tensionnelle révélatrice, le péristaltisme intestinal.

M. Soupault a obtenu par ce procédé un excellent résultat.

M. Cadenat insiste sur la différence entre la dilatation aiguë primitive et la dilatation post opératoire. La première est souvent mortelle, la seconde obéit aux artifices connus : position genu-pectorale, aspiration.

MM. Heitz-Boyer et *Boppe* apportent des cas de dilatation post-opératoire gueris par la position de Schnitzer.

M. Hepp precise qu'il s'est agi, dans les rapports de Mouchet et le sien de la dilatation aiguë primitive beaucoup plus malaisée à traiter que la dilatation post-opératoire.

Jean Calvet.

Séance du 10 juin 1942

A propos des dilatations aiguës de l'estomac. — *M. Auvray* apporte un cas personnel.

Traitement chirurgical du cancer du sein. — (*M. Tailhefer*), *M. Roux-Berger* insiste sur la fréquence des récidives locales dans ces dernières années. C'est parce qu'on ne fait pas correctement l'operation d'exérèse type Halsted ou Danis. Il faut préciser à nouveau l'extension lymphatique d'un cancer du sein : importance du tractus qui suit le bord inférieur du grand pectoral, nécessité d'enlever le tissu cellulaire jusqu'à la ligne médiane, le ganglion du pôle inférieur de la glande, le groupe lymphatique (Bartels) du grand dentelé ; enfin ne pas avoir la hantise de la réparation cutanée. Les auteurs apportent quelques modifications techniques en particulier dans le mode d'incision et dans la reparation par greffes de peau totale. 77 cas illustrent leur procédé.

M. Leriche confirme ce qui a été dit, et fait des greffes depuis longtemps.

M. Mondor insiste sur la fréquence et l'originalité des métastases sanguines et en cite plusieurs exemples. A côté de la perméation lymphatique, la voie sanguine joue un rôle important contre lequel on est peu armé.

M. Huet demande si l'emploi du bistouri électrique a un avantage.

M. Roux-Berger ne voit pas l'intérêt du bistouri électrique. Il enumère à nouveau les inconnues du problème et insiste sur l'importance de la véritable exérèse élargie.

Perforation d'un ulcère peptique jéjunal en péritoine libre. — *M. Guillemin* (Nancy) en a traite un cas par gastro-duodeno-jéjunectomie avec succès. Il rappelle les travaux qui illustrent cette question.

Dilatation canaliculaire pancréatique calculeuse. Fistule pancréatique. Fistulo-gastrostomie. — *M. Guillemin* (Nancy) en presente un très net exemple.

Cancer primitif du foie. — *M. Jean Gautier* (Angers) découvre à l'intervention une hypertrophie localisée au lobe carre du foie. Il put l'enlever par hépatectomie partielle. La tumeur (270 grammes) est constituee de multiples nodules d'épithelioma. Depuis un an la malade va bien. L'auteur fait la revue des rares cas analogues.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai 1942

Constitution chimique des globules rouges dans les anémies. — *M. Aubard* ayant étudié dans les anemies la teneur des hématies en hémoglobine par des dosages chimiques du fer, et leur teneur en eau par le résidu sec arrive à cette conclusion que, dans les anémies hypochromes le volume globulaire, quoique notablement inférieur à la normale est néanmoins très superieur à ce que l'on pourrait présumer d'après la valeur globulaire, parce que cette hematome contient un excès d'eau et relativement moins d'hémoglobine par rapport au stroma qu'une hématie normale.

Dans les anémies hypochromes la quantité absolue d'hémoglobine est bien en excès, mais la quantité absolue de stroma a augmenté encore davantage et de plus il y a hyperhydratation.

Dans certaines macrocytoses sans anémie, la teneur en eau de l hématie peut parfois être inférieure à la normale.

Œdème par carence alimentaire avec perturbation pluriglandulaire. — *MM. Duvoir, Poumeau-Delille* et *L. Durupt* rapportent l'observation d'un malade atteint d'œdème de sous-alimentation très important résistant au repos. Les auteurs mettent en évidence un trouble pluriglandulaire avec impuissance, polyurie et abaissement de métabolisme basal à — 27 %. Ils insistent sur l'efficacité du traitement thyroïdien qui a fait fondre rapidement les œdèmes.

M. de Gennes souligne les modifications possibles du métabolisme de base en période d'œdèmes.

Un cas d'échinococcose alvéolaire parisienne. — *MM. P. Hillemand, F. Gaudard d'Allaine, J. Delarue* et

P. Audoly rapportent une nouvelle observation de cette affection exceptionnelle en France.

La malade observée par les auteurs était atteinte depuis huit mois d'un ictère chronique à variation et présentait une tumeur épigastrique volumineuse faisant corps avec le foie ; la rate était de volume normal. La reaction de Weinberg, l'intradermo-réaction était négative.

Une ponction après avoir traversé une coque très épaisse permit de retirer 1 litre de liquide bilieux. La malade fut opérée avec le diagnostic de tumeur liquide sous hépatique. Une poche volumineuse contenant 1 litre et demi de liquide développée aux dépens de la face inférieure du foie, adherant au pédicule hépatique fut extirpée,

La malade succomba et ce fut l'examen histologique qui permit de reconnaître l'ecchinococcose alvéolaire en montrant une cavité centrale secondaire à un processus nécrobiotique et une paroi « vermoulue » criblée de petites cavités.

A propos de leur observation, les auteurs rappellent les divers aspects de l'ecchinococcose alvéolaire et insistent sur la distribution géographique de la maladie. Ils rapprochent aux cas contaminé a Chaumont dans la Haute-Marne du foyer jurassique qui groupe presque tous les cas français.

Contrairement à l'opinion de Posselt leur malade est une citadine et on peut éliminer une étiologie bovine.

M. Fiessinger insiste sur les migrations de bétail qui existent en Franche-Comté entre les versants français et suisse du Jura.

Sur un cas d'ostéose fibro kystique du type Recklinghausen avec hypocalcémie. — *MM. Jacques Decourt, F. Masmonteil* et *Ch.-O. Guillaumin* rapportant cette observation pensent qu'il ne s'agit pas d'un adénome parathyroïdien, mais d'une hyperplasie réactionnelle diffuse des parathyroïdes, secondaire à un processus primitivement essentiel, comme le fait s'observe en pathologie expérimentale.

Mme Bertrand-Fontaine rappelle les résultats obtenus par les sels d aluminium qui précipiteraient le P, dont l'excès est à l'origine du trouble dans le métabolisme du calcium.

Troubles polynévritiques avec œdème et déséquilibre alimentaire. — *M. Guy Laroche* rapporte les observations d'un médecin espagnol, qui observa pendant la guerre civile environ 150 cas d'œdème avec anasarque, polynévrite, névrite rétro-bulbaire et paralysie des nerfs de l'œil. Le régime lacté détermina une guérison rapide mais les résultats furent moins bons dans les formes purement polynévritiques sans œdème. D'autre part la levure de bière eut très peu d'effets.

M. Chabrol a également obtenu de bons résultats avec le régime lacté dans des cas d'œdèmes sans ascite.

Séance du 5 juin 1942

Un cas de carotinémie. — *MM. Brulé, Hillemand* et *Carlotti* rapportent l'observation d'une malade atteinte d anémie, mais qui présentait une teinte jaune safran diffuse imposant le diagnostic de carotinémie ; il n'existait pas de rétention biliaire et la teneur du sang en carotène était près de dix fois supérieure à la normale. Le métabolisme de base était diminué de 16 pour 100 et il existait de petits signes d'insuffisance thyroïdienne. Les protides totaux du sang étaient un peu au-dessus de la normale, l'augmentation portant sur la sérine, tandis que la globuline était abaissée ; les lipides totaux et le cholestérol etaient au dessus de la normale. Sous l'influence de petites doses d'extrait thyroïdien, ces chiffres revinrent rapidement à la normale, sauf ceux des protides.

Dans ce cas on ne pouvait invoquer comme cause de la carotinémie ni un abus de légumes riches en carotinoïdes ni des troubles fonctionnels hépatiques.

M. Decourt insiste sur l'importance de l'hypercholestérolémie dans l'insuffisance thyroïdienne.

Intoxication chronique par le cadmium. — *MM. P. Nicaud, A. Lafitte, A. Gros* et *J.-P. Gautier* étudient les lesions osseuses observées dans l'intoxication chronique par le cadmium. Les ouvriers intoxiqués présentent des troubles fonctionnels graves, caractérisés par des phénomènes douloureux dans les membres inférieurs, la région inguinale, la région lombaire. La marche devient peu à peu difficile puis impossible. Il n'y a aucune déformation osteo-articulaire apparente. La radiographie systématique du squelette permet de découvrir des lésions osseuses se rappelant le syndrome de Milkman. Les stries osseuses se rencontrent de préférence sur la tubérosité ou le col du fémur, sur le col ou sur le bord axillaire de l'omoplate, sur la branche ilio-pubienne. Les fentes linéaires peuvent donner l'illusion d'une fracture. Le tibia peut présenter des déformations pagétoïdes. Les recherches biologiques portant sur les éléments constituants du sang sont restées négatives. Le dosage du calcium et du phosphore a été normal. L'anémie est constante mais légère. Les accidents sont tardifs. Un long contact avec le cadmium (sept à huit ans) paraît nécessaire. La poudre de cadmium peut pénétrer dans l'organisme par les voies cutanée, respiratoire ou digestive.

Les malades ont été traités par la vitamine D à doses élevées, le calcium et l'extrait parathyroïdien. Cette thérapeutique a amené la disparition des troubles fonctionnels très importants et le comblement progressif des stries osseuses. Ces constatations semblent comporter la nécessité de mesures prophylactiques.

M. Duvoir a également observé des troubles de la marche chez des ouvriers travaillant dans le cadmium.

Deux cas de cachexie de Simmonds guéris par le benzoate d'œstradiol. — *MM. Robert Clément, Jeanne Delon* et *M. Hardel* presentent deux jeunes filles de 13 ans, atteintes de cachexie de Simmonds typique (amaigrissement de 12 à 20 kgr., aménorrhée, hypotension, leiasthénie, pigmentation, diminution de moitié de l'hormone cortico-surrénale, hypoglycémie, diminution de 30 et 47 % du métabolisme basal, anorexie). Alors que le traitement par divers extraits de lobe antérieur d'hypophyse est resté inefficace pendant plusieurs mois, ces deux malades ont vu leur état se transformer rapidement sous l'influence d'injections de folliculine synthétique. Elles ont pris 10 et 20 kgr., l une d'elles a vu réapparaître ses règles, l'anorexie a disparu, la tension s'est relevée.

Ces faits ne s'accordent pas parfaitement avec ce que nous croyons savoir de la maladie de Simmonds et de l'action de la folliculine, ils sont à mettre en parallèle avec les nombreux cas d'échec de l'opothérapie hypophysaire et les cas où l'hypophyse était indemne à l'autopsie. Outre leur valeur pratique, ils sont susceptibles d apporter une contribution à la physiopathologie de syndromes de cachexie encore mal connus.

M. Fiessinger. — La définition même de la maladie donnée par Simmonds correspond à une atteinte de l'hypophyse.

M. de Gennes a observé une action remarquable du benzoate d'œstradiol. Il estime qu'il est très difficile de parler de cachexie de Simmonds étant donné le grand nombre d'anorexies mentales. Il s'agit le plus souvent de complexe endocrinien et l'épreuve de la maison de santé est capitale.

M. Decourt. — On appelle souvent cachexie de Simmonds des cas d'anorexie mentale.

M. Péron a observé des cas de cachexie pluri-glandulaire, avec hypotension importante, dans lesquels le traitement par la cortine de synthèse fut remarquable. Il existe peut-être aussi un élément ovarien et surtout surrenal. Actuellement on observe des psychoses de restriction pour lesquelles le test de l'alimentation est suffisant

M. Lenègre. — Il existe des cachexies qui ne sont ni des anorexies mentales, ni des syndromes hypophysaires : le rôle de la multiparité est important dans leur étiologie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 6 juin 1942

Le Président annonce la perte du Docteur Cornillet, mort du typhus dans l exercice de ses fonctions et cité à l'ordre de la Nation.

Le Professeur Laignel-Lavastine présente deux thèses, l'une sur François Quesnay et l'autre sur Clairambaut.

Le Professeur Paul Gallois parle de la ligature des artères selon Paul d Egine. En effet, bien qu'attribuee à Ambroise Paré, cette ligature etait pratiquée par les anciens et on en trouve des descriptions dans les ouvrages de Gelse et de Paul d'Egine.

Le Docteur Raymond Molinery étudie d'après Mme Liacre de Saint-Firmin la radiographie dans les légendes Boudhiques et explique qu'avec un peu d imagination on peut considérer le grand guérisseur Jivaka comme un précurseur puisqu'à l'aide d une branche de l'arbre roi il illuminait l'intérieur de ses malades et portait ainsi un diagnostic infaillible.

Le Docteur Pierre Lemay donne une note sur Orfila et l'Académie des Sciences et présenta des documents à ce sujet. Nommé correspondant en 1815, Orfila ne fut jamais titularisé, car, s'étant présenté à la mort de Desgenettes en 1837, il retira sa candidature devant l'attitude hostile de la Commission et prit la décision de ne plus recommencer. C'est ce qu'il explique dans une très belle lettre à Arago.


HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS


CHOAY

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Les localisations oculo-palpébrales de la vaccine

La minime poussée épidémique de variole qui vient de se produire a entraîné une reprise générale de la vaccination jennérienne et m'a permis de présenter à la Société de Pédiatrie trois cas de blépharite vaccinale. La même semaine, le Docteur Nectoux montrait un cas de kératite vaccinale à la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Voici donc une question qui prend un intérêt d'actualité et les localisations oculo-palpébrales de la vaccine m'ont semblé devoir intéresser à plus d'un titre les médecins praticiens. D'abord, c'est souvent chez les vaccinateurs que se rencontrent les graves complications cornéennes et chaque médecin devrait avoir présentes à la mémoire les mesures prophylactiques à employer pour éviter ces accidents ; ensuite, chez tous les vaccinés et surtout chez les enfants, parfois aussi chez les parents d'enfants vaccinés, peuvent survenir des complications vaccinales qui, le plus souvent, restent limitées à la paupière ou à son bord libre et guérissent assez rapidement en l'absence d'extention à la conjonctive et surtout à la cornée.

Etiologie. — La contamination qui est à la base de ces localisations oculaires peut se produire d'une façon directe, soit par projection de pulpe vaccinale au moment de l'ouverture des tubes à vaccin ou de leur remplissage, soit par une éraillure provoquée par un vaccinostyle souillé ou un fragment de verre de tube à vaccin. Le mode indirect est le plus souvent en cause chez l'enfant et le transport du virus qui se fait en général par les doigts aurait lieu à partir de l'insertion vaccinale au moment de la vaccination ou peu de temps après. Pour V. Morax, il ne s'agit jamais d'une contamination au moment de l'éclosion de la pustule. Cependant dans un des trois cas que j'ai rapportés existait un décalage de plusieurs jours entre l'éclosion de la lésion cutanée et celle de la lésion palpébrale, et de plus, la blépharite vaccinale eut une évolution écourtée comparable à celle des vaccines secondes, aussi je me demande s'il ne s'est pas agi là d'un cas de contamination retardée, peut-être même contemporaine de l'éclosion de la pustule, car dans les deux autres cas ces diverses lésions avaient eu une évolution strictement parallèle.

Il est enfin un point capital sur lequel il importe d'attirer l'attention, c'est la réceptivité particulière de l'œil et des paupières prouvée par la clinique et par l'expérimentation : l'œil ne participe pas à l'immunité générale acquise par une vaccination préalable, c'est-à-dire qu'une vaccination même récente ne met pas à l'abri de lésions oculaires graves si le sujet est exposé à une contamination locale.

Fréquence. — Toulant, en 1930, estimait à une centaine le nombre de cas de vaccine oculaire rapportés. La pustule siégeait le plus souvent sur la paupière, parfois sur la conjonctive alors que la cornée avait été atteinte 27 fois. Depuis, 14 nouveaux cas, y compris les cas ci-dessus rappelés, ont été publiés dont trois signalaient l'atteinte cornéenne.

Symptomatologie. — Les symptômes varient avec la localisation de la vaccine sur la paupière, la conjonctive ou la cornée

La vaccine palpébrale réalise deux types selon qu'elle siège sur la face cutanée ou sur le bord libre de la paupière.

La pustule de la face cutanée de la paupière ne diffère pas par ses caractères et son évolution des autres pustules vaccinales, parfois l'œdème palpébral peut prendre d'importantes proportions. Plus intéressante est la constance d'une forte adénopathie prétragienne, souvent bilatérale, mais prédominant du côté intéressé. Sensible à la pression, mais sans périadénite, elle atteint un volume moyen qui paraît indépendant de l'étendue de la lésion. Les ganglions géniens et sous-maxillaires peuvent être aussi tuméfiés. Cette adénopathie est un signe important qui se retrouve dans les localisations vaccinales sur le bord libre ou la conjonctive.

La localisation sur le bord libre de la paupière modifie fortement le tableau classique de la pustule vaccinale. Elle perd sur ce bord palpébral ses caractères de lésion circulaire et elle s'étend plus ou moins, du fait de la confluence de nombreuses pustulettes, le long de ce bord libre. Lorsque ce dernier est entièrement intéressé, elle forme une lésion très étirée et peu large puisqu'elle se limite aux deux lèvres ciliaire et glandulaire du bord palpébral. Cette blépharite vaccinale ne s'étend pas toujours à la totalité des deux bords libres, elle peut en respecter une portion et parfois être réduite à une pustulette d'un des bords. L'œdème est constant, mais proportionné à l'atteinte palpébrale.

L'évolution de ces éléments pustuleux est caractérisée par la rupture précoce de l'opercule qui peut à ce moment simuler une fausse membrane, puis est réalisé l'aspect d'une blépharite ulcéreuse qui pourrait paraître banale s'il ne persistait, encore quelques temps, une importante adénopathie. La guérison est obtenue en dix à douze jours en laissant une ciactrice fort minime sur la lèvre postérieure du bord libre et en provoquant une chute partielle des cils. Cette forme ne devient grave que si elle se propage à la conjonctive ou à la cornée.

La *conjonctivite vaccinale* donne lieu à un tableau plus sévère. La pustule qui se forme au lieu de l'inoculation se rompt très vite laissant une petite ulcération arrondie à fond purulent et parfois hémorragique. La sécrétion est abondante et l'œdème parfois très étendu. Souvent, et surtout lorsque la portion bulbaire de la conjonctive est atteinte, la cornée se trouble soit dans la partie correspondante, soit dans sa totalité. Quoique la perte de l'œil puisse alors survenir, en général cette infiltration cornéenne se résorbe en une dizaine de jours sans laisser de taie bien marquée.

La *kératite vaccinale primitive* est de beaucoup la localisation oculaire la plus grave : sur les trente cas publiés, la vaccine a provoqué une fois la perte des deux yeux, une fois l'énucléation d'un œil atteint de glaucome secondaire très douloureux, cinq fois la perte complète de la vision et six fois une baisse très importante de celle-ci.

La lésion cornéenne réalisée par la vaccine est un ulcère dont les premiers symptômes sont des signes irritatifs : douleurs, photophobie, larmoiement, blépharospasme. Tout à fait au début, la cornée peut encore avoir gardé sa transparence et pour voir cette ulcération arrondie l'examen à l'éclairage oblique et à la loupe est nécessaire ; l'instillation d'une goutte de fluorescéine rendra facilement visible cette lésion. Bientôt une infiltration entoure l'ulcère et la cornée se trouble sur une plus ou moins grande étendue. La guérison quoique lente peut se faire au prix seulement de quelque taie ou néphélion, ailleurs l'évolution se prolonge et des complications d'iritis ou de cyclite vont apparaître et seront à la base de séquelles particulièrement graves ou douloureuses. L'on a pu voir la perforation de la cornée et la fonte pulurente du globe.

C'est donc la gravité que peuvent prendre les lésions cornéennes, soit primitives soit secondaires, qui domine le pronostic de la vaccine oculaire et c'est contre cette kératite vaccinale que la thérapeutique se montre particulièrement difficile.

Traitement. — Le *traitement local* fera appel en dehors des médications symptomatiques (atropine, pilocarpine, dionine) aux collyres antiseptiques : sels d'argent, bleu de méthylène à 1/500, chloramine à 1/100. Lucien Camus, pour développer une certaine immunité locale passive a conseillé l'emploi en instillations de sérum sanguin de sujet immunisé, ce sérum possédant un pouvoir virulicide peut être stérilisé puisque ce pouvoir résiste à la chaleur.

En cas d'atteinte grave de la cornée la ponction de la chambre antérieure de l'œil pourra être pratiquée, parmi d'autres effets elle augmente la richesse en anticorps de l'humeur aqueuse.

Le *traitement général* s'adressera avant tout aux thérapeutiques de choc, au premier rang desquelles il faut placer les injections de lait. Sexe nota une amélioration soudaine après une injection de 0 gr. 30 de galyl. Toulant conseille le novarsénobenzol par analogie avec son action souvent heureuse dans l'ophtalmie sympathique.

Enfin, en terminant, insistons sur les conséquence, de la réceptivité particulière de l'œil et des paupières pour la vaccine, ce qui laisse deviner l'importance que doit prendre ici le *traitement prophylactique* de ces accidents oculaires. Chez le médecin vaccinateur le port de bonnes lunettes protectrices est à conseiller pour éviter la contamination directe. Lorsque celle-ci s'est produite un lavage soigneux au sérum doit être fait, il sera suivi de l'instillation d'un collyre antiseptique : nitrate d'argent à 1/100, protargol à 1/10, chloramine à 2/100. Chez l'enfant ou le sujet vacciné, le vaccin, qu'il soit inséré au bras ou à la cuisse, doit être soigneusement recouvert de façon à empêcher le grattage qui est à la base des contaminations indirectes. Les parents ou les personnes chargés de renouveler ce pansement seront prévenus des risques oculaires qu'elles encourreraient si les précautions d'usage n'étaient pas prises. Bedell rapporte le cas d'une mère de famille qui, pour s'être frotté l'œil après avoir fait le pansement de son bébé récemment vacciné, présenta une localisation oculaire grave puisque la blépharite vaccinale se compliqua de kératite avec perforation cornéenne.

La possibilité de telles contaminations ne doit pas être perdue de vue et il m'a paru intéressant de le rappeler.

VOISIN.

INFORMATIONS

FACULTÉS — ECOLES — ENSEIGNEMENT

Clinique de la tuberculose. — Professeur : M. Jean TROISIER. — « Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires » sera fait du 19 octobre au 26 novembre 1942. Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir les notions récentes concernant la tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques seront organisés dans le service.

Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 à 17 heures et de 17 à 18 heures à la Salle des conférences de la Clinique de la tuberculose.

Droits d'inscriptions : 450 francs.

Ce cours sera suivi du 27 novembre au 12 décembre 1942, d'un « Cours théorique et pratique sur : Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ».

Droits d'inscription : 500 francs.

(Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 800 francs seulement.)

La gynécologie du praticien. — M. le Professeur P. MOCQUOT fera ce cours du 22 juin au 4 juillet 1942, à la Clinique gynécologique de l'Hôpital Broca. Inscription : 200 francs (gratuite pour les internes et externes des hôpitaux de Paris en exercice et pour les étudiants ayant plus de 12 inscriptions).

La Maison de la Médecine convie les étudiants en médecine au Camp-Ecole qu'elle organise pour eux du 15 au 25 juillet 1942 à Montry (Seine-et-Marne).

Conditions matérielles : 8 fr. 40 par jour. Renseignements et inscriptions à la Maison de la Médecine, 15, avenue de l'Observatoire, Odéon 23-77, tous les jours de 14 à 19 heures. Clôture des inscriptions le 1er juillet.

CONCOURS

Chirurgiens des hôpitaux de Paris. — Concours de nomination à 3 places. Sont nommés : 1er M. Cordier, 97 ; 2e M. Petit, 97 ; 3e M. Boudreaux, 97.

Adjuvat. — Sont proposés aides d'anatomie titulaires : MM. Le Brigand, 84 ; Kuss, 79 ; Leroy, 76 ; Dubost, 75 ; Pruvost, 75 ; Flabeau, 74.

Aides d'anatomie provisoires : MM. Cotillon, 73 ; Roy, 73.

Un concours sur titres est ouvert pour le recrutement du Directeur du Bureau d'hygiène de Grasse.

Conditions. — Age 30 à 40 ans. nationalité française d'origine, satisfaire aux lois sur les sociétés secrètes et le statut des Juifs, posséder diplôme d'Etat de docteur en médecine et être inscrit à un Conseil départemental de l'Ordre des médecins, diplôme d'hygiène.

Emoluments. — Traitement assimilé à celui de médecin inspecteur-adjoint de la santé (33.000 à 42.000), stage d'un an, plus des indemnités.

Dossier à constituer avant le 30 juin 1942.

ECHOS & GLANURES

Silhouettes de médecins. — Sous ce titre, auquel il ajoute « Portraits imaginaires », pour qu'on ne soit pas tenté d'y voir un livre à clefs, un des meilleurs écrivains médicaux, qui signe Claude Laforêt, vient de publier un petit livre (Arnette, édit.), dont voici un chapitre :

THALÈS, *le conformiste.* — Thalès est conformiste. Il a suivi ponctuellement la voie qu'il s'était tracée et il arrivera sans doute aux sommets de la carrière médicale. Thalès est prudent. Il écoute en silence ses maîtres, ne publie pas une ligne qu'il n'ait longuement mûrie et se garde de toute critique de qui que ce soit, car, en somme, on ne sait jamais ce qui sera répété.

Ses travaux sont sérieux. Dans une érudite compilation où la part de chacun est largement assurée et toutes les autorités reconnues, il sait glisser avec modestie une petite idée personnelle, une petite contribution originale, juste ce qu'il faut pour constituer, le jour venu, un titre à aligner dans l'exposé des « Titres et Travaux » qui étaye une candidature.

Dans la vie, Thalès n'est pas moins circonspect. Il s'est détourné de ses amis de jeunesse dont l'indépendance est indiscrète et soumet sa femme à la corvée des visites utiles. Il ne manque ni un mariage, ni un enterrement où il convient qu'il soit remarqué. Il est au premier rang à chaque leçon inaugurale et quand il dit, « Mon ami un Tel », on peut être sûr que cet Un Tel dispose d'une voix à l'Académie ou à la Faculté.

Malheureusement, les puissants ne sont pas toujours d'accord entre eux et on risque d'indisposer l'un en proclamant sa fidélité à quelque autre. Ce sont là problèmes psychologiques qui torturent Thalès et lui inspirent une attitude dont la dignité n'apparaît pas toujours en pleine lumière.

Il éprouve cependant le besoin de se réhabiliter à ses propres yeux et de faire illusion à ceux qui inclineraient à le trouver servile.

Nul ne proclame aussi souvent qu'il ne connaît aucune ambition et n'est jaloux que de sa liberté.

Pierquin, le désespéré. — Avec ses quelques cent soixante ouvrages de médecine, philosophie, archéologie, histoire et poésie, Claude-Charles Pierquin de Gembloux occupe une grande place au Parnasse médical. Le volume impressionnant de ses productions ne l'a pas sauvé d'un oubli dont il faut le tirer de temps à autre lorsqu'on veut évoquer une curieuse figure de romantique.

Né à Bruxelles, département de la Dyle, le 26 décembre 1798, Pierquin est donc Français de par les viscissitudes historiques.

D'ailleurs, il fait sa médecine à Montpellier (26 mars 1821) et devient par la suite inspecteur de l'Académie de Grenoble, puis de Bourges où il mourut en 1863. On lui doit de nombreuses poésies élégiaques, sentimentales et mélancoliques, car il était atteint du mal du siècle et avec Marceline Desbordes Valmore, il est un de ceux qui ont le plus versé de larmes.

Voici, inédit, le portrait qu'il fait de lui à M. Auguste de la Bouisse dans une première missive (col. pers.), en l'assurant qu'il a toujours été malheureux ; et il n'a pas encore trente ans !

« Hélas, c'est en pleurant que j'essayai la vie,
La trame de mes jours par la douleur surdie
Fut toujours sans plaisirs et toujours sans repos,
C'était, je m'en souviens au milieu du cahos,
Image du cahos qui partout dut me suivre,
Qui, même en mon amour, doit encor me survivre !
J'ignorais encore tout que je savais pleurer,
La douleur m'accablait bien loin de m'effleurer,
J'ai fait plus d'une fois mes adieux à la vie,
Je devançai ma mort de regrets peu suivie,
Mais un art bienfaisant, disons plutôt affreux,
En prolongeant mes jours me rendit malheureux.
Entouré de chagrins, terrassé par l'envie,
Je ne vis plus, j'assiste au banquet de la vie.
Je respecte les ris, mais morne en ma douleur,
J'ai peine à contenir les volcans de mon cœur.
Pelisson, Lafontaine, amis de l'infortune,
Ah! daignez soulager ma disgrâce importune.
Pelisson charges-toi de soulager mes fers,
Bon Lafontaine viens les cacher sous tes vers.

Je vous demande pardon. Monsieur, si je vous entretiens de mes doléances, mais elles serviront du moins à vous faire connaître le plaisir que vous auriez eu dans la conversation d'un homme qui est loin du mérite d'Young, mais qui en a dès longtemps épousé le caractère : oui, je peux le dire avec Crebillon, je n'aime vraiment les chiens que depuis que je connais les hommes... ».

Cette tristesse invétérée, que ses confrères essayèrent en vain de guérir en lui conseillant les voyages, aurait pour origine un amour malheureux. Pourtant, il n'en veut point aux femmes, au contraire. Ce sont, dit-il dans la même lettre « les anges que Dieu place auprès de nous pour calmer, pour adoucir, pour guérir les plaies que nous nous faisons. Aussi j'ai fait vœu de reconnaissance publique pour toutes les consolations que je leur dois : c'est dans cette intention que j'ai entrepris, il y a trois ans, une histoire physique et morale de la femme qui aura deux volumes in-8 et qui est près d'être finie ». Et c'est encore pourquoi dans le Nœud de la vie, il commence ainsi :

Ange consolateur ! Esprit d'amour ! O femme !
Le ciel est ton empire et son pouvoir ta flamme.

Quel agréable dérivatif il aurait pu trouver là, mais il n'y parvint point et s'en excuse dans la préface de son Recueil de poésies publié en 1829 « ma position physique est la clef de ma situation morale ; on sait déjà pourquoi je suis triste et religieux : si je livre ces plaintes continuelles à l'impression, c'est pour laisser, en m'en allant, un souvenir à ceux qui m'ont aimé ».

Il fallait que sa mélancolie fut incurable, car il était collectionneur d'autographes, et cela non plus ne l'a pas consolé.

Dr P. LEMAY.



TRAVAUX ORIGINAUX

Alcoolisme chez les enfants

Par le Docteur **J. COMBY**

Avant sa défaite, l'empoisonnement alcoolique de la France, favorisé par le privilège intangible des bouilleurs de crû et par la multiplication des débits de boissons, les deux facteurs principaux du fléau, avait atteint un niveau effrayant.

Si nous devons enregistrer un temps d'arrêt dans la marche de l'intoxication, par suite de la suppression enfin réalisée du privilège des bouilleurs de crû qui porte un coup fatal à l'*alcoolisme familial* des Normands, des Bretons, des Flamands, etc., par suite des entraves que les événements ont imposées aux débitants des villes, si funestes à la classe ouvrière, la guérison se montre à l'horizon et l'on entrevoit la régénération du pays par la suppression de l'alcoolisme.

En 1892, ayant un service de médecine à l'Hôpital Tenon nous prenions contact avec l'alcoolisme de la classe ouvrière parisienne. Notre attention fut bientôt attirée sur les rapports de la *tuberculose pulmonaire* des adolescents avec l'*alcoolisme*. Il s'agissait de garçons de 15 à 16 ans, engagés comme serveurs dans les débits de boissons alcooliques. Outre la fatigue imposée à des garçons marchands de vin trop jeunes pour ce genre de travail, l'abus d'alcool était en quelque sorte fatal, ces jeunes gens ne sachant pas se défendre contre les offres des consommateurs de petits verres et d'apéritifs. Les patrons eux-mêmes encourageaient l'abus du vin et des liqueurs fortes chez leurs trop jeunes employés. La lutte contre l'alcoolisme étant entreprise par le gouvernement du Maréchal PÉTAIN, il faut espérer que les jeunes sujets de Paris seront préservés de l'alcool dans la profession qui les en rapproche.

En clientèle, nous nous sommes trouvé quelquefois en présence d'intoxication alcoolique aiguë ou chronique chez des enfants de tout âge. Chez un restaurateur du Xe arrondissement, le médecin de la famille nous fit appeler un jour pour un garçon de 10 ans qui avait des convulsions.

Les jours précédents, ce petit malade avait été très excité, parlant beaucoup, s'agitant sans cesse, puis délirant et poussant l'agitation motrice jusqu'aux convulsions cloniques. On disait l'enfant nerveux, mais généralement bien portant.

Une enquête faite par le médecin traitant nous apprit que l'enfant, après les repas de famille, avec invités souvent nombreux, faisait le tour de la table et vidait tous les verres contenant encore du vin. Pendant les semaines qui précédèrent notre consultation, les repas en commun avaient été fréquents. Ces renseignements confirmèrent le diagnostic d'*éthylisme* aigu ou subaigu ; il fut substitué à celui de méningite auquel on avait songé au début, bien qu'il n'y eut pas de raideur de la nuque, ni signe de Kernig. L'enfant guérit facilement par le régime lacté, le drap mouillé et quelques grammes de bromure de potassium.

En 1915, à l'Académie de médecine, G. BALLET, dans un rapport très étudié, avait mis en relief les dangers de l'alcool pris en excès, pour la famille, pour la race, pour la nation. Malgré cette intervention médicale, qui n'était pas d'ailleurs la première, rien ne fut fait par le gouvernement républicain pour enrayer les progrès de plus en plus inquiétants de l'alcoolisme.

Si les enfants ne sont pas victimes de l'alcool par ingestion personnelle, ils peuvent l'être par hérédité. Nous avons vu assez souvent, dans le faubourg ouvrier de la Villette, où l'alcoolisme des adultes n'est pas rare, au Dispensaire pour enfants de la *Société philanthropique*, pendant les onze années de notre direction (1883 à 1894), de nombreux cas de convulsions infantiles, de naissances prématurées, de morts infantiles précoces, imputables à l'alcoolisme invétéré des parents.

D'autre part, à l'Hôpital des Enfants et en clientèle, nous avons eu l'occasion d'observer quelquefois des états morbides chez les nourrissons allaités par des nourrices intempérantes. Le changement de nourrice mettait un terme immédiat aux troubles éprouvés par ces nourrissons: vomissements, insomnie, agitation, convulsions. NICLOUX nous a appris que l'alcool passait dans le lait ; le bébé qui tète une nourrice éthylique peut donc s'intoxiquer par son intermédiaire et des observations irrécusables de cette variété d'alcoolisme infantile ont été publiées. Les convulsions épileptiformes présentées en pareil cas disparaissent immédiatement par le changement de lait. Quant à l'épilepsie infantile engendrée par l'alcoolisme des parents, elle serait de 17 pour 100 d'après L. JACQUET (enquête chez 215 familles de buveurs poursuivie dans trois générations. Paris, 1899).

Maurice NICLOUX (*Académie des Sciences*, 26 mars 1900) a montré, par des dosages rigoureux, que l'alcool ingéré par les nourrices passait dans leur lait, et aussi que l'alcool ingéré par une femme enceinte imprégnait le fœtus (*alcoolisme congénital*). Plus tard, un pédiatre italien, G. FRONTALI (*Rivista di Clinica Pediatrica*, octobre 1915) a constaté le passage de l'alcool dans les laits de femme et de chèvre. Cette notion bien établie par les recherches de NICLOUX confirmées par un pédiatre distingué d'Italie ne doit pas être perdue de vue par les médecins d'enfants quand ils se trouvent en présence de mères de famille alcooliques soit pendant leur grossesse, soit quand elles allaitent leurs nourrissons. Si nous n'avons pas vu personnellement de cas d'épilepsie infantile d'origine alcoolique certaine, nous avons été fréquemment en présence de nourrissons nerveux, agités, convulsifs, frisant l'épilepsie, dont l'état maladif était imputable à l'alcool.

Le Docteur E. AUSSET (*Arch. de méd. des Enfants*, novembre 1899) a vu un nourrisson de deux mois présenter des symptômes de méningisme, en rapport avec des excès alcooliques faits par sa nourrice. Mais le plus beau cas de convulsions épileptiformes, inquiétantes par leur intensité et leur répétition, pendant les quelques jours qu'elles ont duré, a été recueilli par le Docteur H. MEUNIER (*Jour. de Lucas-Championnière*, 25 avril 1898) : une nourrice mercenaire habitant dans la famille de son nourrisson, cependant très surveillée, avait pu chaque jour s'absenter une heure pour aller boire au dehors ; la tromperie découverte, il a suffi, après plusieurs consultations médicales, de changer la nourrice pour mettre immédiatement un terme aux convulsions qui avaient résisté à de nombreux médicaments : *sublata causâ, tollitur effectus*. Femmes enceintes et nourrices au sein doivent s'abstenir de boissons alcooliques.

La maladie post-opératoire. Réactions vaso-motrices. Tests humoraux

Par **J. DE FOURMESTRAUX**
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres

Maladie post-opératoire. — Le terme a été discuté, mais demeure heureux et répond à des faits précis. Aux troubles constitués par la lésion organique qui a nécessité une intervention, se superposent un certain nombre de phénomènes d'acuité variable et de gravité inégale.

Un acte chirurgical constitue une agression tissulaire conjonctive et vasculo-nerveuse qui se traduira par des symptômes fugaces ou prolongés, décelés par l'examen clinique, celui des réactions vaso-motrices et des tests humoraux.

Troubles passagers souvent, mais constants, qui s'étendent du simple malaise post-opératoire, aux accidents les plus sévères, dont la gravité apparente rappelle ceux du choc traumatique des grands blessés de la guerre ou de la route.

Entre ces deux aspects extrêmes, il est possible au clinicien épris de nosographie à compartiments, de multiplier les formes cliniques en se basant sur l'intensité ou la localisation des accidents.

Aspects cliniques

Malaise post-opératoire : Voici un homme jeune et ne présentant aucune tare organique apparente. Il n'a été ni fatigué par le jeûne, ni déshydraté par un fâcheux purgatif. Une cure radicale de hernie, la plus banale des interventions. L'acte opératoire a été net, précis, réalisé à bout de pince sans que les doigts touchent à la plaie. Le malade ne devrait pas être plus choqué que s'il avait seulement absorbé les quelques grammes d'anesthésique qui furent nécessaires et cependant l'intervention détermine chez lui des troubles immédiats dans la totalité de l'aire neuro-végétative : tube digestif, reins, cœur, poumons, système nerveux réagissent à des degrés divers.

Il est exceptionnel qu'un opéré ne vomisse pas ou ne présente au moins quelques nausées. Parésie gastro-intestinale passagère. Au bout de quarante-huit heures, il n'y a pas toujours de gaz. L'intestin demeure paresseux : sondes et lavements sont nécessaires, pour supprimer le spasme persistant. Le ventre reste douloureux et cependant, péritoine et intestin n'ont pas été traumatisés, ou si peu. A la sensation de soif ardente des premières vingt-quatre heures, succède un état d'anorexie pénible.

Bien rares sont les opérés qui réclament une alimentation réelle avant le quatrième jour et manifestent le désir de quitter le lit. La quantité des urines est diminuée, tandis que leur teneur en phosphates et en éléments minéraux s'élève. Un cathétérisme vésical est souvent nécessaire.

Presque toujours légère ascension thermique vespérale avec accélération du pouls.

A l'hypertension artérielle passagère précédant l'anesthésie complète, succède une période de tension normale qui fléchit à nouveau dans les heures qui suivent le réveil, pour s'équilibrer de façon définitive vers le quatrième jour.

L'hyperglycémie est assez fréquente. Nous avons vu des opérés peu choqués en apparence et consolidant simplement, présenter dans les quarante-huit heures qui suivirent le réveil, une poussée en flèche, qui s'atténuait, puis disparaissait en quelques jours. Ceci du reste ne nous a paru ni constant, ni inquiétant.

L'azotémie légère est de règle, sa valeur pronostic du reste paraît avoir été fort exagérée. Il semble que l'élévation du taux des polypeptides sanguins traduisant le terme ultime de la dégradation des substances protéiques soit plus redoutable. En cas de troubles graves, le taux normal des polypeptides qui est de 0.20 à 0.30 par litre peut atteindre cinq fois sa valeur initiale (1).

Dans le malaise post-opératoire, ces variations sont à la fois moins étendues et d'une précision fort aléatoire. Les procédés de dosage des polypeptides sont de valeur inégale et dans l'étude de cette question, on se heurte à des difficultés techniques très réelles.

Chez un sujet traumatisé au minimum et sans tare précise, l'étude de la formule sanguine décèle une hyperleucocytose généralement faible, alors qu'elle peut être très élevée, après de vastes exérèses et des attritions cellulaires étendues. Dans le même ordre d'idées, et seulement après des interventions graves, on observera une hyperplaquettemie notable, fait auquel R. Grégoire a attaché une grande importance dans l'étude des complications post-opératoires vasculaires, phlébites, infarctus, embolies. Cette augmentation du nombre des globulins semble avoir une valeur pronostic réelle seulement quand elle est constatée vers le quatrième ou cinquième jour. Elle n'a pas un caractère de constance absolue. L'hypochlorémie paraît en revanche à des degrés divers toujours exister. Alors que l'état général local et général demeurait excellent, nous l'avons vu ne disparaître complètement que vers le cinquième ou le sixième jour.

A côté de ces modifications humorales et tissulaires souvent peu marquées chez un malade qui, en réalité, ne nous a jamais inquiété, un fait doit retenir l'attention, car il est presque constant. C'est l'amaigrissement léger mais habituel que présentent des opérés qui, en dehors de cela, ne donnent au chirurgien, nul souci. La diète a té transitoire et cependant au moment où l'opéré quitte le lit, la balance accuse une perte de poids notable, récupérée fort vite quand se réalise la consolidation complète. Il est logique, croyons-nous, de penser ici qu'il s'agit de déperdition hydrique du liquide plasmatique sanguin, intra-cellulaire, et de celui des espaces interstitiels. La totalité des liquides organiques atteint les deux tiers (66 %) du poids du corps (1).

Dans les suites opératoires harmonieuses, dans ce que l'on peut considérer comme le malaise plutôt que la maladie post-opératoire, signes cliniques et tests humoraux disparaissent dans le même temps et tout rentre dans l'ordre. Le choc n'a été qu'ébauché.

A côté de ces séquelles sans gravité, les accidents peuvent prendre une allure plus sévère.

Voici une femme présentant un fibrome, chez laquelle des phénomènes de compression ou des hémorragies répétées nécessitent une intervention. Les tests humoraux ont été vérifiés tour à tour. L'examen clinique et radiologique témoignent d'une intégrité cardio-vasculaire apparente. Une hystérectomie est faite sans difficultés techniques réelles, l'anesthésie a été excellente, la tension n'a guère bougé pendant et après l'intervention et cependant les suites opératoires sont troublées.

La malade a passé une première nuit médiocre entrecoupée par des vomissements ; piqûre de morphine, sédation des douleurs ; mais l'insomnie a été complète.

Dans les quarante-huit heures qui suivent, l'état reste le même, le ventre demeure tendu, la température ne dépasse guère la normale, mais le pouls s'accélère. Hypotension légère. Souvent agitation, entrecoupée de périodes d'obnubilation passagère. Hyperazotémie, hyperleucocytose, chloropénie constante, hyperglycémie fréquente. Au troisième jour, l'infirmière, souvent moins inquiète que le chirurgien, augmente la dose de sérum glucosé ou isotonique injecté. La sonde rectale permet l'évacuation de quelques gaz et le ventre qui n'avait jamais été contracté, mais demeurait distendu et douloureux, reprend son aspect normal.

Au quatrième ou cinquième jour, après un apport sérique renouvelé, parfois un lavage d'estomac, un changement de position, font rentrer dans un ordre apparent et la marche s'accélère sans heurt vers la guérison, chez une malade dont les suites opératoires immédiates furent troublées et qui parfois encore pendant une dizaine de jours présentera une asthénie marquée et un goût modéré pour le lever précoce.

Cet aspect, s'il n'est pas constant et ne s'apparente que peu au choc traumatique avec hypotension qui tue en quelques jours est fréquent, et les chirurgiens qui ne limitent pas leur action au seuil de la salle d'opérations le connaissent bien.

A côté de ces aspect typiques, malaise et forme de gravité moyenne, la maladie opératoire peut se présenter sous diverses modalités parmi lesquelles deux tout au moins peuvent être nettement différenciées :

Un aspect pulmonaire. — Nous avons vu à diverses reprises des opérés qui n'accusaient aucune tare pulmonaire évidente, présenter le soir et le lendemain de l'intervention, une expectoration spumeuse rarement muco-purulente en dehors de toute anesthésie à l'éther et chez lesquels l'examen clinique et radiologique pré-opératoire avait été absolument négatif.

Troubles trachéo-bronchiques par vaso-dilatation et hyperhémie. Ceci est possible. En tous cas, il ne saurait être question d'infection aiguë ou de broncho-pneumonie en présence de ces accidents transitoires, nedéterminant ni ascension thermique, ni troubles cardio-vasculaires.

L'atélectasie pulmonaire rare et redoutable semble devoir rentrer dans la même catégorie de faits. La brusquerie tragique presque immédiate de son apparition permet d'admettre qu'il s'agit là de troubles nerveux, réflexes à distance, plutôt que

(1) O. Lambret et Driessens. Les modifications humorales post-opératoires. *Journal international de chirurgie*, 1937, n° 2, p. 289.

(1) R. Cachera. La répartition et les migrations de l'eau dans l'organisme. *Presse Médicale*, 1942, p. 241.

d'accidents dus à la polypeptidémie à laquelle P. Duval attachait une grande importance (1).

L'aspect veineux. — La thrombose veineuse reste la hantise de tous les chirurgiens. Une intervention paraît s'être déroulée sous le signe de la précision et sous celui de l'asepsie. Rien ne paraît devoir troubler l'évolution heureuse du cycle post-opératoire, quand vers le dixième jour chez une malade dont la courbe thermique était stabilisée au voisinage de la normale, brusquement apparaît une douleur dans le mollet qui s'accompagne de température et est suivie d'œdème du membre. Phlébite dont nous n'avons pu prévoir l'apparition contre laquelle toute intervention active est souvent inopérante. Augmentation du taux des hématoblastes, a dit Grégoire, infection ont pensé et pensent encore beaucoup de chirurgiens. Rôle possible des anastomoses porto-caves avec pénétration du sang porte chargé de produits toxiques, éléments de désintégration cellulaire dans le système veineux cave. Hypothèse en apparence logique alors qu'il n'est que trop certain que la position inclinée si commode pour le chirurgien est bien fâcheuse pour le système veineux de l'opérée et la progression harmonieuse du sang au travers des écluses valvulaires.

Ces modifications du rythme circulatoire veineux sont parfois très marquées. Il suffit de savoir regarder au cours d'une laparotomie faite en position déclive pour constater que souvent à la vacuité relative des gros troncs veineux pariétaux correspond une repletion anormale des vaisseaux viscéraux. Dans le même temps qu'apparaît ce facteur mécanique, il existe une modification constante de la formule sanguine, thrombopénie immédiate, hyperthrombocytose secondaire, puis retour à la normale (Fontaine Pereira).

Dans les phlébites post-opératoires, s'il est généralement admis que l'atteinte endothéliale veineuse constitue l'atteinte initiale, il faut bien reconnaître que les diverses hypothèses émises pour en préciser l'origine ne paraissent pas entièrement satisfaisantes. Il semble bien que l'on ait accordé une valeur exagérée à la notion d'infection, alors que nous voyons le plus souvent apparaître une phlébite au décours d'une intervention aseptique, hystérectomie simple, appendicite banale, tandis que plus rarement, elle sera la rançon d'un Wertheim ou de l'ablation d'un pyosalpinx à la flore microbienne odorante et variée.

* * *

Si l'existence de la maladie opératoire est constante en ses aspects variés, allant du simple malaise au syndrome vaso-constriction, hyperthermie, il demeure difficile de lui donner une origine univoque.

Il est évident que les tares discrètes que présente le malade en dehors de l'affection même qui a provoqué l'intervention, insuffisance rénale, hépatique, cardio-vasculaire, endocrinienne sont aggravées par l'anesthésie, la perte de sang, la durée de l'acte opératoire dans une ambiance thermique fâcheuse et une position pénible sur une table froide et inconfortable jouent un rôle certain, mais ce ne sont là que des causes secondes. Sur un plan général, il nous semble logique d'admettre avec Leriche (2) que la maladie opératoire qui commence au moment même de l'intervention, ne constitue qu'un des aspects de la maladie post-traumatique nerveuse dans son mécanisme initial, et conditionnée par les réflexes post-traumatiques. Hypothèse sans doute, mais qui permet d'expliquer l'ensemble des troubles complexes humoro-tissulaires et nerveux dont l'acuité paraît être en raison directe de l'état antérieur du malade et de l'intensité du choc.

* * *

Prophylaxie et traitement. — Si les excitations nerveuses initiales ont comme point de départ la plaie opératoire, n'est-il pas possible de réduire au minimum le traumatisme, l'aggression tissulaire locale, et de bloquer ainsi en partie le transfert de l'influx nerveux parti de la plaie viscérale ou pariétale ? La meilleure preuve de l'exactitude de cette idée n'est-elle pas constituée par ce fait que l'anesthésie locale même prolongée est infiniment mieux supportée qu'une anesthésie générale plus courte. Dans une série de recherches conduite avec une extrême rigueur, Hustin (1) conclut que, tandis que lors des opérations faites sous anesthésie rachidienne ou sous narcose à l'éther, la température centrale tombe, elle présente au contraire une ascension légère quand on emploie l'anesthésie locale. Quel que soit l'anesthésique utilisé, toute manœuvre un peu brutale ou portant sur un secteur mal insensibilisé, dans une zone riche en fibres nerveuses neuro-végétatives, détermine au niveau des membres une vaso-dilatation plus ou moins intense, sans préjudice de celle que ce traumatisme peut déclancher dans les régions vasculaires profondes. En dehors des perturbations vaso-motrices qu'elles provoquent, au cours de l'acte chirurgical, des dilacérations violentes des tissus faites sous-anesthésie locale insuffisante, peuvent se traduire par un syndrome vaso-constriction hyperthermie grave qui n'existe jamais quand l'anesthésie a été correcte.

Cette question des déficiences d'anesthésie pourrait sans doute expliquer certains aspects des fièvres aseptiques dont Jean Gosset (2) évoquait l'histoire clinique dans un travail récent. En pratique, il faut retenir de ceci, qu'une anesthésie locale même largement diffusée est moins génératrice de choc qu'une rachi ou une anesthésie générale de même durée. En parlant de données proches, nous avons pour notre part, toutes les fois que nous en avons eu l'utile patience, pratiqué l'anoci-anesthésie à la façon de Crile. La suppression du réflexe périphérique parti de la plaie facilite l'anesthésie, la raccourcit et paraît diminuer le choc. Cette technique est peu employée en France, alors que nous voyons aujourd'hui la majorité des chirurgiens, en partant de données proches, s'accorder sur le fait qu'il est utile d'infiltrer de novocaïne les gros troncs nerveux au cours d'une amputation.

Pendant l'intervention, la précision du chirurgien doit égaler la patience de l'anesthésiste. Pas de gestes brutaux, pas d'attritions conjonctivo-vasculaires inutiles propres à une médecine opératoire rapide et spectaculaire. Il convient de laisser dans l'armoire à instruments, les angiotribes puissants, les écarteurs massifs, les pinces à larges surfaces d'écrasement. Hémostase méticuleuse, ligatures immédiates sans laisser de multiples pinces tirailler pendant de longs moments les pédicules vasculaires et dilacérer l'adventive porte-nerfs.

Nous avons eu l'occasion d'examiner les toutes premières pinces hémostatiques que Mariaud réalisa autrefois pour Péan. Elles sont élégantes, légères, elles pincent les vaisseaux et rien de plus. Ce qui a été fait depuis ne constitue pas un progrès et la robuste pince de Kocher qui écrase une large surface d'écrasement est redoutable. Les champs d'isolement tassés en abondance dans la cavité abdominale, comme dans une armoire à linge, compriment sans ménagement, intestins, pédicules vasculaires, voire même la chaîne lombaire et le sympathique para-vertébral.

Précision ne veut pas dire lenteur voulue, mais l'heure de la chirurgie brutale est révolue. Opérer dans une salle très chauffée, cela est fatigant pour le chirurgien, mais utile au malade. Nous laissons pendant de longs moments une cavité viscérale largement ouverte dans une salle où le thermomètre marque à peine 25°, alors que la température centrale de l'opéré atteint et dépasse 38°. L'influence de cette discordance thermique sur la vaso-motricité n'est pas niable. L'emploi du champ opératoire tiède et légèrement humide ne constitue pas une précaution superflue.

La chute de la tension artérielle est un des éléments cardinaux du choc. Elle entraîne avec elle des conséquences fâcheuses se traduisant par des troubles circulatoires graves entraînant l'anoxémie et l'oligurie. La prise de la tension de façon régulière doit être généralisée. L'exhémie, suivant l'heureuse

(1) Duval et Goiffon. Essai sur l'intoxication par les polypeptides. *Presse Médicale*, novembre 1934, p. 1385.

(2) Leriche. Aspects nouveaux de la maladie opératoire. *Journal international de chirurgie*, 1937, page 179 (Bruxelles).

(1) A. Hustin. De quelques réactions vaso-motrices périphériques. *Journal international de chirurgie*, 1937, page 495.

(2) J. Gosset. Les fièvres post-opératoires. Mémoires de l'Académie de chirurgie nº 32, page 875, 1941.

expression de Cannon, constituée par la diminution de la masse sanguine, la stagnation du sang dans les capillaires, la transsudation du plasma constitue un fait d'observation et non une vue de l'esprit. Corrolaire immédiat, médication toni-cardiaque. Rétablir si possible l'intégrité de la masse sanguine. Nous avons gardé le lointain souvenir de notre Maître Picqué, qui n'hésitait pas à faire injecter de un à quatre litres de sérum par jour à ses malades, et dont les résultats étaient heureux dans l'ensemble. A la suite des communications de Gosset et de Binet, et des récentes discussions de l'Académie de chirurgie, cette méthode est comme une nouvelle jeunesse.

L'introduction rapide d'un sérum hypertonique d'autre part amène lui aussi un afflux d'eau tissulaire dans le sang. Plus brutale peut-être en son principe, elle a l'avantage d'agir contre l'acidose, l'hypochlorémie et de stabiliser l'équilibre acide-base. Cette technique n'est que la déduction pratique des travaux d'Achard et de Loeper (1) qui, il y a longtemps, montrèrent que l'élévation du taux du sodium et du chlore dans le plasma, provoquait vers celui-ci un afflux d'eau interstitielle, contribuant à rétablir un équilibre troublé.

Wolfrom et Merle d'Aubigné (2) pensent que l'apport sodique joue le rôle le plus important, l'injection d'une solution de bicarbonate de soude à vingt pour cent en quantité suffisante contribue certainement à rétablir une diurèse aqueuse précaire. Ceci apparaît surtout comme exact quand les accidents d'acidose prennent un caractère de gravité immédiate. Par la voie entérale ou intra-veineuse, nous avons vu ainsi survenir l'arrêt de vomissements répétés avec mauvais état général chez des malades qui présentaient une chute de leur réserve alcaline avec une hyperglycémie modérée.

L'emploi des rayons infra-rouges (Havlicek-Paschoud, Bastien) (3), paraît utile. Nous n'avons pas l'expérience suffisante de cette technique pour apporter des conclusions fermes. Elle détermine, semble-t-il, une hyperthermie locale, et semble avoir une action efficace contre l'exhémie sanguine et les déficiences sympathico-endocriniennes, peut-être permet-elle l'élimination plus rapide des protéines.

Dans cet ordre d'idées, aucun facteur ne saurait être négligé, car il faut bien reconnaître que nous sommes particulement désarmés pour lutter contre l'intoxication azotée, tandis que la suppression directe des déchets cellulaires apparaît comme fort aléatoire. Il semble bien toutefois que l'insuffisance hépatique joue un rôle important dans l'apparition de l'azotémie et de l'hyper-polypeptinémie.

Si l'on considère le rôle régulateur de la cellule hépatique, il paraît indiqué d'utiliser le sérum glucosé à doses suffisantes, Lambret en se basant sur les travaux de Martens conseille l'emploi de l'association glucose-insuline. Le sérum glucosé hypertonique joue le rôle de tampon glucidique. L'hyperinsulinémie transitoire agit sur le métabolisme des hydrates de carbone, diminue la glycémie, fixe du glycogène au niveau du foie. Le taux des polypeptides est, dit-il, ainsi toujours diminué.

En pratique, par voie veineuse, il injecte 100 c. c. de sérum glucosé hypertonique, 50 c. c. de sérum chloruré également hypertonique, 15 unités cliniques d'insuline, et répète ces injections dans les jours qui suivent l'intervention. Il aurait obtenu ainsi d'une façon presque constante la suppression des vomissements post-opératoires, celle des déchets azotés de l'hyperglycémie et de l'hypochlorémie.

Cette technique a le mérite certain d'être fort simple. Les résultats obtenus à la Clinique chirurgicale de Lille sont impressionnants. Notre expérience personnelle est sur ce point trop peu étendue pour que nous puissions en faire utilement état.

L'occlusion intestinale aiguë précoce

Reste la question des stases intestinales aiguës. Dans quelle mesure peut-on les rattacher à la maladie opératoire ? Il est évident que bien des occlusions observées dans les jours qui suivent l'intervention relèvent d'une cause purement mécanique, d'un obstacle extrinsèque, adhérences, volvulus, torsion. Ici, le terme d'iléus est parfaitement justifié, mais plus nombreuses sont celles dont la cause proche demeure entourée d'obscurité ou auxquelles on trouve une explication trop facile dans la notion d'infection et la fort aléatoire loi de Stokes. L'enjeu est d'importance quand on sait le pronostic redoutable d'une laparotomie itérative dans laquelle on ne trouve rien et qui se termine par un anus en mauvaise place.

Elargissant le problème de ces stases intestinales aiguës, Suire (1), dans un travail récent, propose de substituer au terme d'occlusion paralytique, celui de dilatation aiguë, post-opératoire et nous semble avoir raison. *Occludere* : Clore, fermer. *Occlusus*, clos, fermé. Ici rien de semblable.

Il est certain que, en dehors des troubles mécaniques par compression ou torsion, l'intestin demeure béant et aucunement occlus. Dilatations aiguës dans le cadre desquelles il est logique alors de faire rentrer les dilatations gastriques aiguës post-opératoires, qui paraissent beaucoup plus relever d'un trouble fonctionnel que du classique obstacle vasculaire mésentérique, que nous n'avons pour notre part jamais observé.

Dans ces occlusions inexpliquées où la rechloruration empirique donne parfois des résultats surprenants, l'hypochlorémie joue un rôle évident. L'intoxication protéolytique d'origine stercorémique (Hadden et Orr) accompagne l'accumulation de chlore dans le liquide de stase et détermine une chute rapide des réserves de chlore dans l'organisme. Ceci est un fait certain, mais ce fait ne peut-il être considéré comme un trouble fonctionnel, dont l'origine doit être recherchée dans une atteinte première du système neuro-végétatif.

Lambret et Driessens aboutissent à des conclusions proches. Leriche en présence d'une dilatation gastro-intestinale aiguë infiltre les splanchniques quelques minutes après, l'estomac se vide, le grêle se remplir. Chez une femme enceinte à terme, présentant une occlusion aiguë avec un mégacôlon énorme de date ancienne, nous faisons une hystérectomie rapide suivie d'une large infiltration des splanchniques (2). L'angle splénique du côlon est fixé à la paroi, devant la nécessité possible d'un anus de décharge. Celui-ci fut inutile. La stase intestinale, car il n'y avait pas trace d'occlusion mécanique, cède très rapidement. La malade guérit avec un enfant vivant. Depuis lors, les accidents ne se sont pas reproduits tandis que l'aspect radiologique de l'intestin reste le même deux ans après l'intervention.

L'étude de ces stases intestinales aiguës nous paraît devoir être abordée sous un angle nouveau. Ces faits paraissent apporter quelque clarté dans l'étude de la dilatation paralytique se traduisant par un syndrome d'occlusion aiguë.

Le tubage à la façon de Wangenstein, la rechloruration et le blocage sympathique ont une action certaine alors qu'une intervention chirurgicale itérative indiquée en cas d'obstacle mécanique ne peut donner que des résultats fâcheux. Les troubles purement fonctionnels ne constituent qu'un des multiples aspects de la maladie opératoire dont l'étude ne saurait être dissociée de celle du choc traumatique.

Un problème enfin reste entier, c'est celui du rôle des régulations hormonales dans les divers aspects du choc et par cela même de la maladie post-opératoire. Il semble bien que les déficiences hormonales dont nous ne faisons qu'entrevoir l'importance joue ci un rôle de premier plan.

Nous pouvons agir efficacement sur un grand nombre de troubles endocriniens dont nous ne faisons qu'entrevoir le mécanisme. Rémy Collin en citant la phrase de Claude Bernard « Nous pouvons plus que nous ne savons », prouve l'écart qui sépare la connaissance scientifique de la connaissance pratique (3).

Quel est celui d'entre nous qui n'a pas été un jour frappé par ce fait en apparence étrange que l'utilisation empirique d'adrénaline dans un état de choc donnait parfois des résultats surprenants, alors que rien ne permettait de prévoir une carence

(1) Achard et Loeper. Société de biologie, 1901, page 382.
(2) Wolfrom et Merle d'Aubigné. Mémoires de l'Académie de chirurgie, octobre 1911, page 679.
(3) Bastien. Thèse de Paris, 1937.

(1) Suire. Dilatation aiguë digestive post-opératoire. *Presse Medicale*, février 1912, page 173.
(2) De Fourmestraux. Mémoires de l'Académie de chirurgie, 25 juin 1941.
(3) Rémy-Collin. Les hormones. Albin Michel, 1938.

surrénale ? Dans le même ordre d'idées, sommes-nous vraiment plus renseignés, dans une ligne proche sur le rôle inconstant mais certain de l'insuline ?

Bien des inconnues subsistent dans l'étude d'un problème passionnant. Cette conception purement fonctionnelle de la maladie opératoire, déséquilibre neuro-végétatif, endocrinien et hormonal peut susciter bien des critiques. Hypothèse sans doute, mais la vérité ne se dévoile pas comme la loi de Moïse un soir d'orage et cette hypothèse est étayée par des faits.

La calcification des artères dans la maladie de Paget

Par MM. M. LOEPER et Ch. BACH

La maladie décrite par Sir James Paget en 1881 et déjà, semble-t-il, signalée par Scoutelles, en 1841 est actuellement assez commune et compte plus de 500 observations. Sa symptomatologie, ses lésions, son évolution sont bien connues, mais sa pathogénie reste discutée. Elle semble bien une ostéite dont la précipitation calcaire est un élément essentiel. Elle se différencie par là de la maladie de Recklinghausen qui est une affection essentiellement ostéolytique.

Fait assez curieux, elle s'accompagne souvent de lésions artérielles et de lésions cardiaques et, quel que soit l'âge des sujets considérés, cette association vaut qu'on s'y arrête quelque peu.

Elle est extrêmement fréquente et a intéressé beaucoup d'auteurs. Fontaine, dans sa thèse de 1922, la retrouve 53 fois sur 54 cas et certains de ses malades n'ont pas 50 ans.

Nous même en avons recueilli plusieurs observations.

La première est celle d'un garçon de bureau que nous traitions pour une insuffisance mitrale avec arythmie complète. Ses artères étaient dures, calcifiées bien qu'il n'eut que 52 ans. Il fait une chute sur le dos, se fracture le coude et le tibia et l'on s'aperçoit alors qu'il est atteint de maladie de Paget à localisation claviculaire, humérale et cranienne.

Un autre malade, celui-ci de 62 ans, présente un souffle systolique et un peu d'œdème. Ses artères temporales sont énormes, ses tibiales visibles sur le film. On découvre une maladie de Paget des tibias et du crâne.

Récemment deux femmes entrent dans notre service, l'une est atteinte de lithiase biliaire, mais elle a des radiales très dures, on examine ses tibias : maladie de Paget ; l'autre fait de la défaillance cardiaque, elle a depuis dix ans une dyspnée croissante ; ses artères sont dures, on trouve un souffle de la pointe, son crâne est anormalement développé et dur, ses tibias sont convexes et énormes ; encore maladie de Paget.

Nous joindrons à ces observations celle connue de Galliard et Béclère : homme de 56 ans, porteur d'un rétrécissement mitral avec asystolie, artères dures visibles sur le film, nouvelle maladie de Paget avec lésions artérielles du membre inférieur ; celle très ancienne de Dalché et Gallup : homme de 53 ans, artères dures, rétrécissement mitral, maladie de Paget datant de huit ans ; aussi celle de Schulmann et Meillaud, de Michaux et Hesse, de Babonneix et Denovelle, celle inédite de Turpin et nous arrivons à un total de 13 cas épars dans la littérature avec lésion cardiaque mitrale ou aortique et toujours athérome. Le total atteint ainsi avec les cas de Fontaine 58 lésions vasculaires sur 60 cas.

L'athérome est, en effet de règle : 12 fois seul, 19 fois associé aux lésions cardiaques dans les observations de Fontaine et 13 fois dans les nôtres. La lésion cardiaque est dans 13 cas mitrale, dans 12 cas mitro-aortique, dans 2 cas myocardique et peut se présenter seule.

A l'autopsie en général, la lésion cardiaque apparaît ancienne, chronique, calcifiée, très souvent mitro-aortique avec presque toujours au moins une plaque d'athérome sur la face aortique de la mitrale.

Il n'y a certes point là qu'une coïncidence. Déjà les variations de pression, à défaut de lésions, avaient préoccupé les médecins et nous possédons des documents anciens sur la tension artérielle et des documents plus récents sur l'oscillométrie.

La *tension* est moins souvent élevée qu'on n'a dit. Pourtant elle est de 25/13 dans le cas de Souques, à 27/11 dans celui de Dufour, à 24/16 dans celui de Roussy, à 30 et 20 dans ceux de Pautrat.

Les variations de l'indice oscillométrique sont plus larges que normalement au membre inférieur certes plus qu'au supérieur, et au membre malade plus qu'aux membres sains. Elles peuvent atteindre 12 et 15.

Decourt a tiré de cet accroissement de l'indice oscillométrique et de son association aux douleurs, à la chaleur, à la sudation des conclusions intéressantes touchant l'excitation sympathique des membres de ces malades.

Nous dirons peu de chose du sang qui circule dans ces vaisseaux, car il est en général normal, à part quelques éosinophiles et l'abaissement des polynucléaires. Nous signalerons pourtant presque toujours l'*absence de leucocytose digestive* attribuable aux lésions médullaires.

* * *

Nous arrivons au rapport que peut avoir la lésion artérielle avec l'ostéopathie. Nous avons dit que la maladie de Paget était une ostéite et souvent une ostéite fibreuse progressive ; elle est aussi une *ostéite précipitante*. Il ne faut pas croire que la décalcification de l'os y soit constante. Les dosages de Milian, de Sabrazès nous montrent un os dont la richesse calcaire est souvent normale, 200 ‰ et même dans celle de Gilles de la Tourette plus élevée que la normale, près de 400 ‰.

La calcification y est anarchique, inégalement repartie et les zones très opaques, très noires sur le film alternent avec les zones de teinte normale ou moins foncée. Il y a précipitation et non ostéolyse au moins au début ; la résorption du calcaire est lente et les ostéoclastes, au dire de Ménétrier et Gauckler, y sont anormalement abondants.

Les lésions des artères osseuses semblent aussi très fréquentes. Elles sont souvent plus marquées, plus calcaires au voisinage des os les plus malades ; à la coupe des tibias, du périoste ; les artérioles comme les artères sont atteintes d'artérite et leur calibre est réduit. Cette lésion apparaît à certains comme la cause de la lésion osseuse, la raison de cette ostéite qui devient ainsi une ostéose dystrophique d'origine vasculaire.

L'hypothèse serait défendable, si les lésions artérielles étaient toujours là ou n'étaient que là.

Nous croyons qu'on peut envisager la question de façon bien différente et diamétralement opposée. Le processus athéromateux n'est en effet nullement localisé aux artères des os malades ; il n'y est même pas prédominant. La temporale, les radiales peuvent être malades sans que les os du crâne ou du bras soient particulièrement touchés. Les os du crâne et de la jambe peuvent même être très déformés sans que leurs artères ou les artères voisines soient malades.

La lésion artérielles ne peut pas à notre sens être incriminée dans la genèse de la lésion osseuse. La maladie de Paget, maladie précipitante des os est aussi *une maladie précipitante des artères*. Et de cette affirmation je trouve une preuve dans l'examen des phosphatases.

Nous savons bien que le calcium n'est guère variable. Mais où est-il très différent de la normale sinon dans l'ostéose kystique ? Par contre, les phosphatases le sont extrêmement. On sait ce que sont ces substances découvertes par Robison en 1924. Elles dissocient les combinaisons colloïde-calcaires et permettent ensuite aisément la précipitation du calcaire minéral. Bien que leur recherche soit difficile et comporte des aléas, il semble bien que leur accroissement ne fasse point de doute et existe dans la maladie de Paget. Il est vrai qu'il existe aussi dans un grand nombre de processus osseux : chez les rhumatisants, dans les ostéites de toute nature, dans la syphilis, dans l'ostéomalacie et dans la maladie de Recklinghausen. Mais il est bien plus accentué dans la maladie de Paget.

Nous avons comparé les phosphatases de deux de nos malades atteints, l'un de maladie kystique, l'autre de Paget. Le premier donnait un accroissement de 60 %, l'autre de 180.

Cette opposition entre les deux affections n'est pas admise par Kay, mais elle apparaît nettement dans la thèse de Pautrat. Dans la maladie de Recklinghausen, cet auteur trouve des accroissements de 66 à 136, à 217 %. Mais, dans la maladie de Paget, des accroissements bien plus élevés de 240 à 472 et même à 1.000 et 1.800 %.

La maladie de Paget se caractérise donc par une quasi-constante augmentation des phosphatases, plus constante que dans aucune autre affection osseuse, et plus forte aussi, puisqu'aucune n'atteint ces chiffres élevés. Et cela est bien le type de la maladie précipitante.

Pourquoi ne pas admettre pour les lésions artérielles une pathogénie analogue à celle des lésions osseuses et ne point y voir la conséquence d'un même processus de précipitation. Ce processus peut-être parfois secondaire aux lésions osseuses puisque les artères qui baignent dans l'os sont plus souvent touchées. Il est bien plus probablement, croyons-nous, parallèle à la lésion osseuse.

Nous concluons donc :

— La maladie de Paget est une ostéite précipitante.
— Elle s'accompagne d'une phosphatasémie élevée.
— Les lésions athéromateuses des artères y sont fréquentes sinon constantes.
— Elles ont pour origine la même cause précipitante.

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu

Cancer du foie à forme émergente (1)

Par **Noël FIESSINGER**

Certes le cancer du foie est souvent la raison d'erreur de diagnostic. Mais presque toujours, il s'agit alors d'un cancer métastatique se traduisant par une fièvre durable, un amaigrissement progressif et un gros foie lisse, uniforme dont les noyaux ne se sont pas encore superficialisés. Comme le caractère clinique d'orientation réside dans la sensation marronnée de la surface hépatique, le diagnostic n'est pas porté. Il est beaucoup rare, comme dans le cas qui va nous occuper, de voir un cancer émergent du foie constituer une cause de fausse route. Et cependant c'est ce qui fut.

Arguments. — Il s'agit d'une malade de 45 ans qui, envoyée par son médecin, le Docteur Torchaussé, vint me consulter pour une masse épigastrique indolore. Il y a environ trois mois son attention attirée par des malaises gastriques sous forme de pesanteur pénible durant la digestion, elle avait découvert en se palpant un soir au lit une grosseur épigastrique de consistance ferme et qui, à cette époque, avait le volume d'un gros œuf de poule. Anxieuse à la pensée d'un cancer possible, elle va voir son médecin qui l'examine à la radioscopie sans rien observer au niveau de l'estomac et me l'envoie en consultation le 3 mars 1942. Notons en passant que ses règles sont arrêtées depuis le mois de janvier et qu'un léger œdème déclive apparaît le soir après la fatigue pour disparaître après le repos de la nuit.

Quand je l'examine le 3 mars 1942, je suis frappé de la consistance de cette masse, elle est dure, très arrondie, saillante, des dimensions d'une orange, indolore absolument, en plein parenchyme hépatique, sans aucune fixité, elle s'abaisse nettement dans l'inspiration. Sa consistance est si ferme que l'on n'a aucune difficulté à éliminer le diagnostic de kyste hydatique même avant l'examen du sang, il n'existe ni rénitence, ni frémissement vibratoire.

Comme il n'y a ni température, ni douleur, comme la masse n'est pas ni rénitente, ni dépressible, je ne m'arrête pas au diagnostic d'abcès du foie.

Il ne peut être question de penser à un cancer, cette malade n'a pas maigri notablement et surtout ne se plaint d'aucune douleur dans sa région hépatique.

Et c'est pourquoi avant de me prononcer je demandais à mon confrère le Docteur Torchaussé de faire à titre de traitement d'épreuve quelques injections mercurielles intra-veineuses. On dut, après quatorze piqûres, les cesser en raison d'une intolérance manifeste de la malade. Et c'est ainsi que le 17 avril 1942, je demandais au Docteur Torchaussé de m'envoyer cette malade à l'Hôtel Dieu pour que je puisse réunir les arguments nécessaires à un diagnostic.

Les antécédents allaient-ils nous renseigner ? Nous apprenons qu'à 5 ans elle a présenté des adénopathies cervicales tuberculeuses dont on retrouve les traces sous forme de cicatrices cervicales. Elle est réglée normalement à l'âge de 12 ans. Depuis cette époque, elle ne présente aucun trouble de ses règles jusqu'en mars 1940. A cette époque, sans nouvelle de son mari et de son fils de 19 ans, elle devient aménorrhéique. Un traitement folliculinique rétablit un rythme normal pour quelques mois, puis en janvier 1942, nouvelle aménorrhée, de même passagère. A l'âge de 20 ans, elle a présenté un psoriasis qui a disparu par la suite. En somme, rien dans cette histoire ne peut nous éclairer.

Nous reprenons l'examen de l'abdomen. Dans la région épigastrique se découvre une tuméfaction arrondie qui soulève nettement la paroi. Il s'agit d'une masse arrondie, régulière, lisse, des dimensions d'un petit melon. Elle semble avoir augmenté de volume depuis le 3 mars. Cette masse est nettement comprise en plein foie dont elle atteint le bord inférieur sans le déformer et suit nettement les mouvements respiratoires. La palpation n'y révèle aucune douleur. Sa consistance est dure, sans résistance élastique, ni fluctuation. A une palpation soigneuse, on la sent transversalement parcourue par une scissure peu profonde et très ouverte qui la divise en deux parties, un quart inférieur droit et trois quarts supérieurs gauche.

Le foie dans son ensemble est nettement augmenté de volume et mesure 19 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Il est régulier, de consistance normale lisse, nettement mobile et sans aucune irrégularité en dehors de la masse que nous venons de décrire.

La rate est accessible par son bord inférieur au-dessous du rebord costal dans les grandes inspirations, mais n'est pas particulièrement augmentée de volume.

Pas de circulation collatérale, pas trace d'ascite.

Il existe bien à la fatigue un œdème déclive aux malléoles, mais il disparaît rapidement au décubitus horizontal.

J'ai insisté sur quelques malaises digestifs, et c'est tout. L'état général est satisfaisant, l'appétit est excellent sans dégoût pour la viande et les graisses. Pas de nausées, ni vomissements. Pas de sang dans les matières. C'est en somme la pauvreté la plus absolue en signes fonctionnels et généraux. Il faut que l'on pèse cette malade pour enregistrer un amaigrissement, elle pesait le 6 mars 50 kgr. 300. Le 18 avril, elle pèse 48 kilos. Elle a donc perdu un peu plus de 2 kilos en un mois, il faut que l'on insiste pour apprendre qu'après une journée de travail ménager, elle ressent une certaine lassitude.

Le reste de son examen n'apporte aucun autre renseignement :

Rien de spécial au cœur et aux poumons.

T A = 12,5-7. Rien d'autre au toucher vaginal qu'une légère rétroversion. Rien d'anormal au toucher rectal.

L'examen des urines ne découvre ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, mais une légère urobilinurie. La température était nettement normale. La température vespérale s'élevait à 37°8 ou 38°2 sans que l'on décèle la moindre raison impérieuse.

Contrôles. — Cette malade était entrée à la clinique médi-

(1) Leçon du 6 juin 1942.

cale de l'Hôtel Dieu pour qu'on accumule des arguments d'exploration.

La réaction de Wassermann était nécessaire, elle se montra entièrement négative.

L'examen morphologique du sang donna les renseignements suivants :

G R = 5.280.000 ; G B = 10.400 ; Poly-neutro. = 81,7 ; Poly-éosino = 1 ; Lympho = 1 ; Gd-lympho = 10,8 ; Mono = 5,5.

Donc, pas d'éosinophilie, mais légère leucocytose avec légère polynucléose.

La réaction de Casoni au liquide hydatique est négative.

Exploration hépatique : urobilinurie ; Rose bengale = 1, normal ; Bilirubinémie = 5 milligrammes par colorimétrie directe ; Hyperglycémie à l'épreuve de 50 grammes de glucose ; avant = 1,24 ; 30 m. après = 1,64 ; 60 m. = 2,20 ; 90 m. = 1,20 ; 120 m. = 1,16 ; Urée sanguine = 0,25.

En somme, Wassermann négatif ; pas d'éosinophie, ni Casoni positif ; très légère insuffisance hépatique : urobiline, courbe glycémique élevée.

Discussion. — J'ai déjà dit comment les signes physiques m'avaient permis d'éliminer un *abcès du foie*. Cette masse était trop dure, trop indolente et la température était presque normale.

J'ai aussi dit que cette masse ne pouvait pas être prise pour un *kyste hydatique* à cause de sa dureté et de l'absence de la rénitence élastique si fréquente dans l'echinococcose hydatique. Le laboratoire nous apportait confirmation, en raison de l'absence de l'éosinophilie et de la réaction de Casoni.

En raison de la rareté des formes tumorales de l'*échinococcose alvéolaire* du foie, il ne pouvait être question d'en discuter la possibilité.

Certes, nous avions pu penser à une de ces *syphilis pseudo-tumorales*, telles qu'en avait rapporté autrefois Lejars. Mais le traitement mercuriel d'épreuve avait fait plus de mal que de bien et le laboratoire, pour couronner le tout, nous apportait une réaction de Wassermann négative.

Restait le diagnostic d'un *cancer du foie*. Rien n'autorisait en apparence ce diagnostic, ni l'amaigrissement peu marqué à l'époque actuelle, ni la douleur locale, ni même l'aspect à la palpation qui n'était, ni celui du foie marronné du cancer secondaire, ni l'augmentation massive, globale et rapide du cancer en amande de Hanot et Gilbert. J'ai dit que cette malade avait un bon état général, qu'elle ne présentait aucun symptôme digestif.

C'est donc sans hésitation que l'on éliminait ce diagnostic pour toutes ces raisons apportées par un examen extemporané. Il existait cependant un argument qui pouvait engager à une réflexion plus approfondie, celui qui résultait du changement notable de cette masse entre l'examen du 3 mars et celui du 17 avril. Il nous avait semblé que cette masse avait augmenté de dimensions. En mars, c'est, d'après le texte de l'observation, une grosse orange, en avril, c'est un petit melon.

Mais cet argument suffit-il pour oublier l'indolence de la lésion et l'absence presque complète de retentissement sur l'état général. D'ailleurs, si nous nous reportons aux calques que nous avons dessinés à chaque examen, la différence est à peine constatable et la superposition des deux calques donne l'image ci-contre. La température est certes un peu oscillante avec des hausses vespérales à 38°, mais nous n'accordons pas à ce symptôme toute la valeur qui devrait lui revenir.

Et c'est bien pourquoi nous ne nous arrêtons pas à cet argument.

Tout compte fait, il ne nous reste plus qu'un diagnostic possible, celui d'un *adénome solitaire* du foie. Or celui-ci se traduit bien par les symptômes que nous constatons chez notre malade. Parcourons les observations de la thèse de Jean Cathala (1) et celles de la thèse de Paul Caumartin (2), c'est bien ainsi que l'on entrevoit la symptomatologie de l'adénome solitaire du foie :

Fréquence du sexe féminin. 14 observations chez la femme contre 4 chez l'homme.

Symptomatologie fonctionnelle réduite à sensations de pesanteurs et de tiraillement au niveau de l'hypochondre droit. Rarement douleurs intenses et variables comme siège.

Pas de troubles digestifs. Bon appétit.

Découverte par hasard de la tumeur dans l'abdomen, voussure asymétrique épigastrique le plus souvent, s'abaissant dans l'inspiration. Donc, tumeur très mobile. Elle est souvent pédiculée, mais peut, comme chez notre malade, être enserrée en plein parenchyme hépatique.

Ferme ou même dure, sa consistance est celle d'une tumeur solide. Aussi ses limites sont nettes et le parenchyme avoisinant est absolument sain. La tumeur est régulière, lisse, rarement bosselée.

Excellent état général.

En somme, tout se réduit à la constatation d'une tumeur solide du foie.

C'est bien ce que nous observons chez notre malade, seulement sa tumeur est si nettement intrahépatique que les diagnostics avec une tumeur de l'épiploon, un kyste du pancréas, un rein droit, une cholécystite, qui constituent les erreurs possibles pour les tumeurs solitaires pédiculées, ne sont pas possibles.

Je n'insisterai pas sur les caractères évolutifs et anatomiques de ces adénomes solitaires du foie. Ils comprennent en réalité deux groupes de tumeurs, qui ont été nettement distingués par Jean Cathala dans sa thèse de 1921 :

1° *Le dysembryome hépatique simple ou adénome solitaire type Lecène* qui est constitué histologiquement par une série de lobes inégaux, formés chacun par des amas de cellules épithéliales présentant le même aspect que les cellules hépatiques, mais sans disposition rayonnante. Cette tumeur aurait comme caractère de s'entourer d'une capsule dont il est facile de l'énucléer, grâce à un véritable plan de clivage. D'après les observations publiées autant dans la thèse de Cathala que dans celle de Paul Caumartin, ces dysembryomes sont des tumeurs bénignes dont l'exérèse peut être complète et facile et la guérison définitive ;

2° *L'adénome trabéculaire malin est tout différent par ses caractères anatomiques.* Constitué par des cordons cellulaires pleins, en contact les uns avec les autres, séparés seulement par de longs espaces vasculaires, sans aucune organisation lobulaire et présentant souvent des dégénérescences dans les régions éloignées des capillaires, il s'entoure d'une coque conjonctive, mais celle-ci ne permet pas l'énucléation facile de la tumeur. Il n'y a pas de plan de clivage. Cet adéno-épithéliome se distingue en général de l'hépatome, décrit par Renon, Géraudel et Monier-Vinard, par l'absence de processus cirrhotique dans le reste du parenchyme hépatique. Cette tumeur, contrairement à la précédente, aurait une malignité évolutive : les veines peuvent être envahies et la tumeur essaime par voie veineuse, les métastases se faisant dans le foie, mais rarement dans les ganglions ou les autres organes.

Ce qui m'orientait vers ce diagnostic d'adénome solitaire, c'était un fait personnel que j'avais observé avec Am. Baumgartner » (1).

Il s'agissait d'un malade de 54 ans qui présenta brusquement une douleur intense, circulaire, avec tuméfaction douloureuse sous hépatique, que nous avions classée comme un hydrocholécystite en imminence de rupture.

Lorsque nous voyons la malade pour la première fois, elle se plaint d'une *douleur très violente* siégeant dans la région hépatique. L'état général paraît sérieux, le facies est celui d'un infecté, toutefois, la température ne dépasse pas 37°5 et le pouls est à 94, bien frappé.

(1) Jean Cathala. L'adénome solitaire. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du foie. Thèse Paris, 1921.

(2) Paul Caumartin. L'adénome solitaire du foie au point de vue chirurgical. Thèse Paris, 1929.

(1) Am. Baumgartner et N. Fiessinger. Adéno-épithéliome trabéculaire du foie. Epreuve chirurgicale. Guérison observée après trois ans. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chirurgie*, S. du 5 juin 1935, T. LXI, n° 20.

La douleur rend difficile toute exploration précise ; cependant, une palpation douce et prudente permet de sentir une masse de forme approximativement arrondie, de 8 centimètres environ de diamètre, de consistance dure mais régulière, douloureuse principalement dans son angle externe, superficielle, nettement antérieure, siégeant dans la moitié droite de la région épigastrique, donnant le signe du ballottement rénal, mais sans contact lombaire, mobilisable avec la respiration. La tuméfaction semble distincte du foie légèrement hypertrophié, et en être séparée par un sillon étroit d'un travers de doigt environ.

Les autres appareils : cardio-vasculaire, pulmonaire, nerveux sont intacts. Une numération globulaire donne 3.725.000 globules rouges pour 20.000 globules blancs ; la formule est de 80 p. 100 de polynucléaires, 6 monocytes, 5 lymphocytes.

C'est à l'opération qu'on découvrit une énorme tumeur du lobe gauche du foie, grosse comme une tête d'enfant, d'aspect violacé, très hémorragique, remplissant l'hypochondre droit et la région épigastrique. Cette tumeur est largement reliée au foie et pour l'enlever on doit pratiquer une hépatectomie au bistouri électrique. La tumeur enlevée pèse 835 grammes et mesure transversalement 16 centimètres sur 12 centimètres d'avant en arrière. La section sur le parenchyme mesure transversalement 14 centimètres. La malade guérit facilement et trois ans plus tard ne présente ni suite, ni complications, ni récidives. La malade a été opérée le 29 janvier 1932.

Elle a été revue le 27 mai 1935, complètement guérie et dans une parfaite santé. Elle pèse 74 kilogr. 400. La cicatrice opératoire est solide, sans adhérences. Le foie mesure 10 centimètres de matité sur la ligne mamelonnaire, et ne présente aucune induration anormale. Pas d'ascite. Rate normale. Aucune adénopathie. On ne trouve d'anormal qu'un œdème de fatigue au niveau des membres inférieurs en rapport avec un état variqueux manifeste et qui existait déjà avant l'intervention.

Histologiquement, cette tumeur n'était ni un épithélioma, ni un carcinome, la vascularisation reproduit en plus discret et en insuffisant, malgré les dimensions des capillaires, ce que l'on voit dans le lobule hépatique. Il y a donc à la fois prolifération de la cellule adulte et de sa charpente endothéliale. C'est un adénome par ce caractère, mais l'extension est telle , la diffusion est telle que l'on peut parler de malignité et malgré la paroi d'enkystement qui nettement sépare le tissu normal de la tumeur, adopter le nom, proposé par Jean Cathala, d'adénome solitaire malin du foie ou adéno-épithélioma trabéculaire.

Je n'insisterai pas sur les intérêts particuliers de cette observation. Il me suffit de vous la résumer pour légitimer mon diagnostic et mon attitude.

Mais il me fallait, pour vérifier ce diagnostic, un argument plus décisif que les caractères cliniques. Je demandais à mon chef de laboratoire, le Docteur M. Roux, de me pratiquer une *ponction-biopsie du foie.* Vous savez combien est utile cette méthode d'exploration que nous utilisons couramment à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Or, cette fois-ci, nos espoirs ont été déçus. Le cylindre retiré ne permit aucun diagnostic histologique, il s'agit d'une bouillie amorphe, sans aucune structure histologique. Devons-nous en conclure que nous avons pénétré dans un tissu dégénéré, un vieux kyste hydatique à paroi calcifiée ou une gomme syphilitique géante. Contre le premier diagnostic, nous possédons l'absence de toute paroi calcifiée sur la radiographie du foie, circulaire ou en arc de cercle (1), contre le second, nous possédons le Wassermann négatif. Si bien que c'est nettement dans le but d'enlever cette tumeur, que nous avons classée malgré l'échec de la ponction biopsie, que je demande au Docteur Gabriel Laurence, chef de clinique du Professeur Mondor, d'intervenir, en le prévenant qu'il pourrait avoir besoin du bistouri électrique.

La malade est donc *opérée sous anesthésie locale* et le Docteur Gabriel Laurence découvre une volumineuse masse intrahépatique qui lui paraît nettement un cancer, en raison de l'existence de deux nodules blanchâtres qui émergent à la surface antérieure du foie. Une biopsie est prélevée dans cette masse aux fins d'un examen histologique. La profondeur d'extension de la tumeur, son caractère nettement néoplasique s'opposent à ce qu'on en fasse l'exérèse.

Examen histologique de la biopsie. — C'est alors que le diagnostic exact de la tumeur nous apparaît. Il ne s'agit pas d'un adénome solitaire, mais bien d'un épithélioma. On ne trouve entre le parenchyme et la tumeur, aucune trace de cloisonnement fibreux. Le Professeur Leroux a, avec nous, examiné les coupes et nous a remis le compte rendu suivant :

« Le parenchyme hépatique n'est représenté que par de très petites plages. Les trabécules sont dissociées par de fins liserés collagènes ; les cellules hépatiques montrent de fréquentes anomalies nucléaires, cellules à deux, trois, ou même quatre noyaux, ou noyaux monstrueux.

On constate de plus, une surcharge pigmentaire dans le cytoplasma de cellules hépatiques.

Le reste de la biopsie est occupé par un épithélioma présentant suivant les points, une architecture canaliculaire ou des zones atypiques avec cellules de toutes formes. Une sclérose en épaisses travées collagènes associe cette masse néoplasique en lobules irréguliers. Le fait notable réside dans la présence de nombreux dépôts pigmentaires jaunes ou verdâtres contenus dans les lumières ».

En somme, pas d'adénome, mais épithélioma canaliculaire. Son origine peut être biliaire en raison de certaines dispositions des cellules qui sont bordées en surface par un mince plateau et qui contiennent des pigments d'aspect biliaire. Mais l'origine digestive, donc non biliaire est encore possible. Or, nous ne pouvons à ce sujet avoir la moindre opinion, cette malade nous a quitté après l'opération et nous n'avons même pas eu le loisir de faire un examen radiologique de son estomac. Nous n'avons donc pas pu rechercher le cancer primitif s'il existait, et ainsi approfondir ce diagnostic. Mais il nous suffit pour affirmer qu'à l'encontre de toute prévision, il ne s'agit pas d'un adénome solitaire, mais d'un cancer du foie.

Comparaison. — Si maintenant nous reprenons les raisons de notre erreur de diagnostic, nous pouvons les réduire à deux raisons essentielles :

1° L'absence d'altération de l'état général ;

2° Le caractère unique de la masse tumorale.

Certes ces deux caractères sont exceptionnels dans les cancers du foie. *L'absence d'altération de l'état général* n'est cependant pas exceptionnel. Il arrive souvent d'examiner des malades qui continuent leur vie active sans douleur importante et sans amaigrissement anormal, je dis bien anormal, car à la période actuelle, l'amaigrissement de 5 à 6 kilos par an n'a rien de surprenant et traduit la carence alimentaire qui résulte du rationnement en général, mais en particulier pour la qualité et la quantité du pain, et ces sujets sont porteurs de gros foie cancéreux dont les noyaux métastatiques transparaissent sous la peau de l'abdomen. Rien au premier abord ne permettrait de soupçonner des lésions aussi étendues. Les surprises d'examen ne sont pas exceptionnelles, tant est vraie cette notion qu'un cancer viscéral, même hépatique, peut évoluer d'une façon latente pendant les deux tiers de sa durée. Mais il arrive que certains cancers du foie dépassent toutes les prévisions possibles.

Nous avons en particulier rapporté avec M. Albeaux Fernet et Chigot (1), l'histoire d'une malade qui, en 1934, présentant une hépatomégalie irrégulière sans insuffisance hépatique, ni atteinte de l'état général, avait été opérée et classée cancer du foie dû à un épithélioma à cellules cylindriques. De 1934 à 1937, donc pendant trois ans, cette malade continue à vaquer à ses occupations habituelles, son état général restant satisfaisant, malgré l'augmentation de volume de son foie et la saillie

(1) Voir « Syndromes et maladies », p. 138.

(1) N. Fiessinger, M. Albeaux Fernet et Chigot. L'étude anatomique d'un cancer du foie d'évolution très lente. Epithélioma cylindrique « en palissade ». Caractères histologiques soulevant l'hypothèse d'un biliome. *Annales d'Anat. pathologique*, T. 15, n° 7, juillet 1938, p. 784.

de plus en plus marquée des masses métastatiques qui bourrent son parenchyme hépatique. Et en septembre 1937, rapidement l'état général décline, entraînant un état de cachexie extrême, puis un coma mortel deux mois plus tard. Il s'agit d'un épithélioma très spécial qui, dans une certaine mesure, se rapproche d'un adénome, mais dont les métastases ganglionnaires, abdominales et spléniques démontraient nettement la nature cancéreuse. Et comme nous n'avons pas trouvé anatomiquement un cancer primitif viscéral, nous avons pensé à un épithélioma d'origine biliaire.

Depuis l'étude de cette curieuse observation dont l'évolution en tout se dispose sur six ans, j'ai observé des cancers du foie à évolution torpide et prolongée. On est même surpris de voir combien ces cancers du foie peuvent traîner longtemps sans que le diagnostic soit fait. Mais dans le cas qui nous occupe, c'était moins l'absence d'altération de l'état général que la deuxième raison qui nous avait désorienté.

Reste, en effet, notre deuxième argument : *le caractère unique et isolé de la masse tumorale.* J'ai rarement vu de cancer du foie à tumeur unique. Le plus souvent, le cancer est multinodulaire et l'expression foie marronné convient parfaitement, car il s'est malheureusement établi dans les esprits en raison des lois de fréquence que le plus souvent le foie multinodulaire était la forme de beaucoup la plus fréquente et constituait, un cancer secondaire du foie, la pluralité étant en effet un caractère primordial des métastases. Le foie est alors irrégulièrement augmenté de volume et c'est sur sa face antérieure que la palpation sent les marrons durs dans un organe, par ailleurs peu consistant. Bien entendu rapidement à ce signe physique s'ajoute l'amaigrissement rapide, la fièvre permanente, les douleurs variables et plus tardivement le subictère et l'ascite.

Et cependant, il existe des cancers du foie à masse saillante souvent unique, ce sont les cancers du foie par propagation directe d'un cancer de la vésicule. J'en ai étudié quelques exemples dans une leçon antérieure (1). Mais, dans ces cas, la masse tumorale déborde sur le bord inférieur et le déforme. La vésicule cancéreuse saille, mais elle s'insère dans un bloc de cancer hépatique. Au début donc, la masse est unique, dure et saillante et en cela, elle se rapproche de la masse que nous avons sentie dans l'observation précédente, avec cependant cette différence que chez la malade que nous venons d'étudier la masse tumorale se trouvait en plein foie débordant par son bord inférieur qu'elle ne déforme pas et enfin il n'existait ni antécédent de lithiase, ni présence de calculs visibles sur les radiographies. Mais, et c'est encore à cet argument que nous en viendrons, le cancer d'origine vésiculaire évolue rapidement avec une cachexie progressive.

Reste le cancer primitif du foie, le cancer en amande d'Hanot et Gilbert. Or, dans sa forme classique, ce cancer s'accompagne d'une gros foie régulier, lisse, sans que l'on puisse sentir une masse tumorale. Le cancer est central, il émerge rarement. Sa seule traduction réside en somme dans l'augmentation rapide et progressive du volume de l'organe tant par l'élévation de son bord supérieur que par l'abaissement de son bord inférieur. Je n'ai pas connaissance d'un seul cas évident et indiscutable, dans mes faits personnels, de cancer primitif en amande du foie.

Dans tous les cas que j'ai observés qui se rapprochaient de la description de Hanot et Gilbert, il s'agissait d'un cancer des voies biliaires profondes avec propagation par contiguité dans la profondeur du parenchyme hépatique.

Et c'est bien pourquoi. dans le fait qui nous occupe, le caractère unique de la masse tumorale et sa localisation intrahépatique sans déformation du bord inférieur, constituaient des arguments qui s'adaptaient mal avec le diagnostic de cancer. d'un traité de médecine on ne peut avoir qu'un faible aperçu

LES CRITÈRES D'ORIENTATION. — On peut donc conclure que, s'il y a eu erreur, elle est compréhensible, sinon excusable. H. Eppinger (2) ne cache pas que le diagnostic de cancer du foie présente de grandes difficultés, mais dans le court aperçu de ces difficultés souvent insurmontables. Autant certains cancers du foie sont d'un diagnostic évident et qui s'impose sans discussion, autant dans certains autres cancers, les signes paraissent si peu caractéristiques qu'on hésite pendant longtemps. Le cancer du foie peut tout simuler, par sa fièvre l'abcès du foie, par sa dureté et son ascite, la cirrhose, par ses douleurs et son ictère, la lithiase biliaire. Mais surtout, il passe longtemps méconnu car les signes physiques qui le caractérisent peuvent être en retard. Combien de fois n'en est-on pas réduit à ces *critères évolutifs* du diagnostic :

1° *L'épreuve de l'émétine* pour dégager l'abcès amibien ;

2° *L'épreuve du traitement spécifique* pour éliminer la syphilis pseudo-tumorale ;

3° Et surtout la *mensuration régulière* du foie faisant observer dans le cancer le développement extensif qui en constitue un des caractères dominants.

Et c'est bien pourquoi nous utilisons de plus en plus les *ponctions biopsiques du foie* en cas de doute. Dans différentes circonstances, nous avons pu ainsi établir un diagnostic difficile. Seulement deux écueils sont possibles, le premier résultant du fait que le prélèvement ne porte pas dans la zone cancéreuse, mais dans une zone saine, le second que le trocart ne se charge pas du parenchyme ni du cancer, mais du tissu fibreux ou dégénéré comme dans notre observation. Il en résulte que la ponction biopsie du foie ne possède qu'une valeur positive et non une valeur négative, autrement dit quand on retire du cancer, le diagnostic est confirmé, quand on n'en retire pas, le diagnostic ne peut en être infirmé.

CONDUITE A TENIR POUR FAIRE LE DIAGNOSTIC DU CANCER EN FACE D'UN FOIE IRRÉGULIER. — Et j'en arrive aux conseils qui doivent diriger pour le diagnostic du cancer. Une première notion s'impose d'abord : *Il faut examiner avec soin ce foie.* Quand la délimitation du gros foie est faite à la percussion et ensuite par la palpation antérieure, douce, une main postérieure soulevant la région lombaire droite, la main doit être posée à plat sur la face antérieure du foie et on demande au malade d'inspirer fortement, souvent on sent, quand le foie s'abaisse, les nodosités *dures* à peine saillantes qui viennent glisser sous la main, ce sont presque toujours des métastases cancéreuses, quand ces irrégularités ne siègent pas dans un organe dont la consistance est régulièrement dure sur toute son étendue et, en particulier sur toute l'étendue de son bord antérieur. Cette mobilité du foie cancéreux est presque la règle. C'est une erreur de soutenir que le foie cancéreux est fixe comme l'ont soutenu certains classiques, la fixité est possible, mais elle est exceptionnelle au début évolutif où l'on peut faire le diagnostic de cancer.

2° *Il faut savoir ne pas se prononcer trop vite.* — Combien de fois ai-je vu des foies cancéreux pris à cause de leur température pour des infectieux coli-bacillaires, à cause de leur ascite pour des cirrhoses, à cause de leurs douleurs pour des lithiasiques. Pour mon compte, je mets mes malades au repos au lit et les examine à plusieurs reprises en notant soigneusement les anomalies ou les transformations que je constate.

3° Surtout, *il faut dessiner ce foie sur un calque* de papier transparent, le mensurer avec soin. Car un cancer du foie le plus souvent augmente de volume et se transforme autant en profil qu'en volume.

4° Enfin, il faut étudier avec soin la *courbe pondérale* et thermique.

En un mois d'observation, vous serez le plus souvent fixé. Il m'arrive souvent, en consultation avec des confrères, de ne pas me prononcer et de leur demander d'agir de cette façon, en somme de *rester à l'affût* et d'attendre que l'évolution naturelle du cancer leur apporte les arguments évolutifs qui possèdent une puissance souvent décisive.

Vous me direz que cette *attitude expectante* est bien peu digne d'un clinicien qui doit pouvoir s'orienter en un seul examen. Je vous ai dit et vous répète que c'est possible pour de nombreux cancers du foie, mais ce peut être impossible dans certains cas et c'est justement sur ceux-ci que j'ai voulu insister en vous rapportant cette observation. Cette attitude expectante nous l'avions bien adoptée puisque chez cette malade, du 3 mars

(1) Voir « Le cancer de la vésicule au cours de la lithiase biliaire » dans Syndromes et Maladies, 1942.

(2) HANS EPPINGER. *Die Leber Krankheiten*. Jul. Springer Wien 1937, p. 609.

au 17 avril, nous avions mis en observation et demandé au Docteur Torchaussé de lui faire un traitement mercuriel d'épreuve. Seulement pendant cette époque, les modifications de la tumeur ont été si minimes qu'elles ne nous ont pas paru assez objectives pour nous diriger. Et voilà bien comment, en clinique, les symptômes peuvent ne pas obéir aux lois coutumières et ainsi conduire délibérément dans des fausses routes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1942

Etude radiophysiologique du premier temps de la déglutition isolée. — *MM. P. Huët* et *Nemours Auguste* ont étudié par des radiographies au 1/100e de seconde le premier temps de la déglutition. Les résultats de leurs recherches ne concordent pas avec les opinions classiques sur le rôle de la langue, du voile du palais et du larynx. La langue sert de glissière au bol.

Le voile du palais a deux mouvements propres en arrière et en avant. Il n'obture pas les choanes. Il forme avec la langue, le sphincter propulseur glosso-vélique.

La pointe de l'épiglotte se recourbe en arrière d'un mouvement actif, pour obturer le larynx, au cours de l'ascension de celui-ci. La base ferme le vestibule laryngé.

Le syndrome hépatique du kala-azar. — *M. d'Œlsnitz* (Nice) insiste sur la constance, dans le kala azar, de désordres traduisant l'altération habituelle des fonctions hépatiques.

De cette cause dépendent : le météorisme abdominal qui, plus que la splénomégalie, conditionne le « gros ventre » du kala-azar ; pour une part, les hémorragies des formes graves et le manque de résistance à l'agression des infections intercurrentes ; enfin, l'existence précoce des signes d'insuffisance hépatique.

Ces manifestations sont souvent inapparentes, mais la souffrance du foie semble un fait habituel et capital, dans l'évolution des leishmanioses viscérales.

D'où la conclusion thérapeutique : le traitement d'attaque, par les sels d'antimoine appliqué à doses fortes et prolongées, qui met seul à l'abri des guérisons incertaines, des récidives ou des stibio-résistances, et auxquels on associera l'opothérapie.

Election de deux associés nationaux. — MM. Oudard et Policard sont élus.

Séance du 23 juin 1942

La destruction du rat envisagée au point de vue du ravitaillement et de l'hygiène. — *M. Auvray* signale les dégâts effarant causés à l'agriculture par les rats. Des millions de tonnes de céréales sont dévorées chaque années par ces abominables rongeurs, qui sont aussi, la chose est absolument certaine, des agents de transmission des maladies contagieuses les plus graves. Il réclame la façon la plus pressante que, en ces temps de ravitaillement de plus en plus difficile, rien ne soit perdu de notre récolte ; que les Pouvoirs publics s'attachent à défendre les produits naturels de notre sol et entreprenant une campagne vigoureuse en faveur de la destruction du rat qui occasionne chaque année à l'agriculture des dommages qu'on estimait déjà, il y a quelques années, à un minimum de deux cent millions de francs or pour la France.

Méfaits des rats et santé publique. — *M. Gabriel Petit*, après avoir rappelé les méfaits extraordinaires des rats, qui coûtent chaque année au pays *plusieurs milliards de francs*, et le danger que ces rongeurs font courir à la santé publique, par la dissémination des maladies contagieuses, a demandé instamment à l'Académie de médecine d'intervenir près du Gouvernement, avec tout le poids de sa haute autorité, pour l'inciter à créer, de toute urgence, un *Office national anti-rats*, comme organisme de combat contre un fléau à nul autre pareil !

A propos des œdèmes de carence. — *M. Loeper*. — Il faut distinguer l'œdème d'origine sanguine, l'œdème *hydroprotéique* et l'œdème organique *endocrino-circulatoire*.

Ces deux ordres d'œdèmes sont tous deux des œdèmes de carence, des œdèmes chimiotrophiques, mais les premiers sont assez directement attribuables à la carence protéique du sang, à la diminution de la tension des protéines surtout, les autres sont dus à des carences associées, complexes, intriquées, additionnées du cœur, des vaisseaux, des glandes, des tissus, du système végétatif lui-même, qui viennent en troubler, pour un temps plus ou moins long, le tropisme, le fonctionnement normal et l'activité.

La différenciation n'en est pas toujours aisée. L'épreuve de l'orthostatisme peut contribuer à la faire dans une certaine mesure. Les constatations sont fugaces, précoces, mais patentes et d'un haut intérêt dans l'œdème hydroprotéique, le réflexe de concentrations orthostatique du sang fait défaut, il persiste dans les autres.

Du point de vue thérapeutique, on peut ajouter que le repos, la caseine, la déchloruration peuvent suffire à guérir les premiers et rapidement. Ils ne guériront les seconds que s'ils sont associés au sucre, à l'ouabaïne, au calcium et aux produits thyroïdiens, à l'adrénaline qui peuvent activer le cœur, le système et les glandes internes.

Les origines de l'épilepsie. — *M. J. Comby*. — L'épilepsie n'est pas héréditaire. La curabilité doit être inscrite à l'actif de l'epilepsie infantile pour balancer sa fréquence.

Séance du 30 juin 1942

Une série d'intoxications par l'arséniate de plomb. — *M. Perrot* signale que dans les Côtes-du-Nord, on a enregistré environ 250 cas d'intoxications dont un mortel chez les habitants ayant consommé du pain fabriqué avec une farine additionnée, on ne sait comment, d'arséniate de plomb, des animaux domestiques, un chien, des poussins ont été tués par la consommation de pâtée renfermant ce même pain.

L'analyse faite par un pharmacien régional ayant été mise en doute, elle vient d'être confirmée par le Laboratoire de toxicologie de la Faculté de Pharmacie. L'Administration n'a procédé à aucune enquête en vue d'établir les responsabilités.

M. Perrot pense que, devant cette affaire, qui se complique d'une autre à peu près identique dans le département de l'Oise relevée par M. Fabre, qu'il y a lieu, pour l'Académie de médecine, de reprendre le vœu émis sur le rapport de M. Moureu en 1909, visant la suppression totale des arsénicaux en agriculture. Il le faudrait compléter par des mesures législatives organisant une surveillance effective du stockage, des manipulations et de la vente des insecticides toxiques, notamment des arsénicaux, des sels de baryum, du phosphore, des fluorures et fluosilicates, etc., dont la détention est aujourd'hui permise à n'importe qui, *sans aucun égard pour la santé publique*. Comme pour tous les toxiques employés par les médecins ou vétérinaires, les mêmes mesures législatives de précaution s'imposent sous la surveillance des pharmaciens, seuls habilités par la loi. Ceci serait d'autant plus logique que les pharmaciens de la campagne peuvent aujourd'hui acquérir, par un complément d'études pratiques, un certificat de *phytopharmacie* que délivrent déjà des Facultés et Ecoles.

De plus, certains toxiques, comme les arsénicaux peuvent être remplacés par des substances non nocives, comme les *poudres* et *extraits roténonés* et *pyréthrinés* : or, le Pyrèthre insecticide peut parfaitement croître sur notre sol. En supprimant la cause d'empoisonnements graves, la France qui a produit encore, en 1941, environ 300 tonnes de fleurs de Pyrèthre, pourrait étendre cette culture sans limites et ne serait plus tributaire de l'étranger, comme c'est le cas pour les plantes à roténone.

L'importance des sclérodermies dans plusieurs syndromes génitaux et fréquence des complexes. — *M. Gougerot* résume plusieurs observations montrant que la sclérodermie est une des causes méconnues et importantes de plusieurs syndromes génitaux : balanites atrophiantes et atrésiantes, kraurosis penis, kraurosis vulvæ (des jeunes filles et des jeunes femmes) ; leucokératoses et soi-disant leucoplasies génitales. Il insiste sur l'association de plusieurs lésions réalisant des complexes à formes multiples : sclérodermies et scléroses, atrophies, phimosis et atrésies du méat, balanites inflammatoires et pyodermites ulcéreuses et végé-


BACTÉRAMIDE


P
E
S
B
A
A-BAILLY


SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT.
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme.
2 formes : comprimés et poudre.
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Barramée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON


PANGLANDINE
(CRÉÉE EN 1897)
fait disparaître tous les troubles endocriniens
de l'enfant
de l'adulte
du vieillard
la formule la plus complète
d'OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE
Lab. COUTURIEUX, 18 Avenue Hoche, PARIS

tantes, leucokératoses et dégénérescences néoplasiques ; d'où de grandes difficultés diagnostiques et thérapeutiques nécessitant un traitement en échelon.

Guérison d'un cas de psoriasis généralisé par la chimiothérapie associée à l'imidiazol-alanine. Influence des substances aminées acido-basiques. — *M. J. Brunati.*

Election de deux correspondants nationaux dans la IVe Division (Sciences biologiques, physiques et naturelles). — *Classement des candidats.* En première ligne : MM. Roche (de Marseille) et Vles (de Strasbourg).

En deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Hermann (de Lyon), Lisbonne (de Montpellier), Lucien (de Nancy), Mandoul (de Bordeaux) et Turchini (de Montpellier).

MM. Roche et Vles sont élus.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1942

Tumeurs hyperplasiques des maxillaires. — *M. Dechaume* tente une classification logique des néoformations du maxillaire. (M. Wilmoth rapporteur).

Iléotransversostomie et fistules iléales. — Les fistules graves de la région iléo-cœcale, après appendicectomie, peuvent être traitées, avant fermeture, par la dérivation iléotransverse. Le rapporteur M. Padovani en discute l'utilité.

Basedow chez l'enfant. — *M. Walté* rapporte un cas de *M. de Girardier,* dans lequel la croissance n'a pas été modifiée.

Radiographie abdominale d'urgence. — *M. Moulonguet* montre que l'essentiel est de différencier les images d'aérocolie des aspects d'aéroiléïe. Ces dernières caractérisent mieux l'occlusion aiguë. Mais il est souvent difficile de séparer les deux sortes d'images.

M. Quénu pense que l'aéroiléïe n'est pas toujours symptomatique de l'occlusion.

M. Raymond Bernard utilise volontiers la position couchée pour faire le diagnostic topographique des images aéroliquides.

MM. Sénèque, Basset, Mondor citent des observations dans lesquelles la radiographie permit le diagnostic d'obstacle siégeant sur le colon.

M. Moulonguet montre que l'avenir de la radiographie dans l'occlusion tient beaucoup à la façon dont les clichés seront pris.

Influence du splanchnique sur le tube digestif. — *M. Leriche* apporte une série de radiographies de megaœsophage, megacolon, sténose pylorique, etc.. Le rôle du splanchnique est vérifié par son infiltration qui fait cesser les spasmes et réapparaître les contractions péristaltiques normales.

Jean Calvet.

Séance du 24 juin 1942

Lésions méniscales dans le rhumatisme chronique du genou. — *M. Massart, M. Boppe* montrent la part de la lésion méniscale dans la gêne fonctionnelle des rhumatismes articulaires.

A propos des affections gastriques en Tunisie. — *M. Demirleau* apporte quelques modifications à la gastrectomie dues au grand nombre d'ulcères térébrants observés en Tunisie. En particulier la fermeture du bord duodénal est spécialement étudiée dans cet important travail. (M. Monod, rapporteur).

Hernie diaphragmatique traumatique. — *M. Grimault* a pu opérer par voie abdominale. L'opération a eu un excellent résultat confirmé ultérieurement par la reprise d'une parfaite mobilité diaphragmatique.

Neurinomes intrathoraciques. — *M. Monod* envisage les caractéristiques de ces tumeurs, l'abord chirurgical par voie postérieure et extrapleurale.

L'hyperfolliculinisme. — *MM. Brocq* et *Varangot* montrent que le diagnostic de ce syndrome est malaisé. Erreurs nombreuses dans le dosage des corps œstrogènes, variation des auteurs sur les conséquence du syndrome (fibromes par exemple). Le seul test valable est la constatation d'une hyperplasie cellulaire endométriale.

Les rapports entre l'hyperfolliculinisme, l'hypertrophie mammaire, l'endométriose, les fibromes, ne semblent pas encore indiscutables.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1942

L'intoxication professionnelle par le diazométhane. — *MM. M. Duvoir, H. Leroux R. Prieur* et *J. Cros* rapportent les premières observations françaises d'intoxication par le diazométhane. Ce corps qui etait surtout utilisé pour obtenir de la codéine par méthylation de la morphine, sert maintenant à la fabrication de la désoxycorticostérone. C'est à cette dernière fabrication qu'étaient employés les cinq sujets que les auteurs ont examinés dont les uns ne présentèrent que des bouffées de chaleur et des vertiges ; d'autres des crises asthmatiformes de plus ou moins grande intensité. Ces troubles suivent toujours plus ou moins rapidement la manipulation du diazométhane auquel les sujets semblent se sensibiliser.

Syndrome carentiel avec polyurie. Action de l'acétate de désoxycorticostérone. — *MM. Jacques Decour* et *R. Bartin* ayant étudié le syndrome carentiel avec polyurie, en avaient fait un stade prémonitoire des œdèmes dits de famine. En raison des analogies cliniques et biologiques que presente ce syndrome avec l'insuffisance surrénale, ils ont utilisé l'acétate de désoxycorticostérone, qui améliore subjectivement les malades, mais déclenche rapidement l'apparition d'œdèmes.

Intoxication barbiturique avec lésions bulbo-ulcéreuses multiples. — *MM. Jacques Decourt, J. Delarue* et *R. Bartin* rapportent l'observation d'une intoxication barbiturique qui comportait des lésions cutanées très nombreuses dont ils ont pu faire l'étude biopsique. La lésion initiale est une vaso-dilatation aiguë aseptique, avec exosérose intense et necroses parcellaires aboutissant au décollement dermo-épidermique. Elle paraît d'origine purement sympathique, ainsi que l'hyperthermie, les foyers pulmonaires œdémato-congestifs et les arthralgies qui ont accompagné l'éruption. Un déséquilibre vaso-moteur constitutionnel avec dermographisme très intense paraît avoir favorisé, dans ce cas, la formation de lésions cutanées.

Mesure radiologique de la branche gauche de l'artère pulmonaire en position transverse gauche. — *MM. C. Lian* et *Maurice Marchal* montrent l'intérêt de la position transverse gauche pour l'exploration radiologique de l'artère pulmonaire. La position frontale permet de constater l'existence de la dilatation de l'artère pulmonaire, mais non d'en mesurer le calibre.

La position transverse gauche fait voir en avant de la clarté de l'extrémité inférieure de la trachée l'ombre ovalaire et festonnée de la projection en enfilade de la branche gauche de l'artère pulmonaire. En outre cette position permet de mesurer le calibre de cette branche gauche.

D'une façon générale, il y a proportionnalité entre les dimensions du tronc artériel pulmonaire et de sa branche gauche. D'où l'intérêt de la position transverse gauche dans tous les cas pathologiques où l'on a besoin d'apprécier les dimensions de l'artère pulmonaire.

Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. — *MM. Kourilsky, J. Regaud* et *Mlle S. Rémond* publient le résultat de l'autopsie d'une dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. La malade, âgée de 32 ans, presque naine, était atteinte depuis l'âge de 23 ans d'un rhumatisme cardiaque évolutif, consécutif à une scarlatine et ayant déterminé l'apparition d'une maladie mitrale et d'accidents divers (hémoptysie, infarctus pulmonaires, embolies périphériques, phlébites). La répétition des accidents pulmonaires fit porter le diagnostic d'artérite pulmonaire surajoutée, mais l'image radiologique montrait une énorme dilatation pulsatile de l'arc moyen et une pulsatilité des ombres hilaires visibles jusque dans le lobe inférieur droit. L'autopsie confirme le diagnostic montrant une dilatation de l'artère pulmonaire avec un athérome discret : il existait une sténose mitrale très serrée. Cette observation montre la valeur de l'hyperpulsatilité et du bombement de l'arc moyen ; de la danse hilaire, comme symptôme

non pas d'une artérite pulmonaire mais d'une dilatation congénitale de l'artère.

Ils comparent ce cas à ceux qu'ils ont déjà pu observer, à l'occasion d'examens radioscopiques de contrôle chez des sujets qui n'attiraient aucunement l'attention sur le cœur. La malformation se voit surtout dans le sexe féminin (5 cas sur 7), chez l'enfant comme chez l'adulte. Elle se traduit par le bombement et l'hyperpulsatilité de l'arc moyen ; le diamètre de la projection de l'artère pulmonaire en transverse gauche est une bonne mesure de sa déformation.

L'injection de l'œsophage par le baryte permet d'éliminer une dilatation concomittante de l'oreillette. Cliniquement, on retrouve fréquemment un claquement du deuxième bruit au foyer pulmonaire, ou un dédoublement ; assez souvent, l'auscultation est muette. Il n'existe aucun signe fonctionnel : parfois, une inaptitude à l'effort et à la course. Ces malformations sont latentes et parfaitement supportées la vie durant. Elles ne doivent pas être confondues avec des petits rétrécissements mitraux ; l'erreur est d'autant plus facile que la plupart des sujets sont de taille réduite chétifs et frêles ; à la faveur d'un état neurotonique du cœur, très fréquent chez ces malades, l'accentuation du deuxième bruit combiné à un petit souffle fugace de la pointe, peut simuler chez certains une petite cardiopathie mitrale.

M. Bénard a également observé chez des jeunes gens quelques troubles fonctionnels qui ont souvent fait croire à un rétrécissement mitral. Mais la radiographie avec saillie de l'arc moyen, sans abaissement du point gauche fait faire le diagnostic.

M. Soulié à propos de ces observations pose le problème des arcs moyens, pour savoir s'il s'agit de maladie congénitale ou acquise.

Au cours des sténoses mitrales avec artérite pulmonaire secondaire, on peut avoir une expansion de l'artère pulmonaire autant que dans les maladies congénitales. La sémiologie de l'auscultation est essentiellement polymorphe. Mais l'électrocardiogramme apporte un élément diagnostic de grosse valeur, car en plus de la déviation droite de l'axe, il existe un crochetage polyphasique de l'onde rapide qui appartient en propre à la maladie congénitale.

M. Lenègre attire l'attention sur les déformations radiologiques limites de l'arc moyen qui peuvent correspondre à un aspect normal ou à un début de cardiopathie. Il pense que les calibres respectifs de l'aorte et de l'artère pulmonaire ne sont pas toujours très fixes. Il faut distinguer les maladies congénitales non constituées d'emblée mais évolutives, et certaines anomalies bien tolérées qui n'évoluent pas et ne se comportent pas comme une cardiopathie.

Séance du 19 juin 1942

Anorexie mentale et cachexie restrictive. — *M. Fiessinger*, à propos de la communication de R. Clément, estime qu'entre la cachexie hypophysaire vraie et l'anorexie mentale, il faut faire une place à la « cachexie restrictive » qui s'observe chez des malades normaux au point de vue mental, mais qui se soumettent eux-mêmes à un régime sévère, d'où amaigrissement rapide, aménorrhée, chute du métabolisme de base, hypotension. Cet état guérit avec le régime de l'hôpital qui apporte le repos et l'alimentation normale.

Sur un cas d'endocardite de Jaccoud-Osler annoncée par dix-huit années de crises hématuriques. — *MM. Etienne Chabrol, P. Breton* et *P. Tixier* rapportent l'histoire d'un malade qui, pendant dix huit années, présenta plusieurs fois par an des poussées de rhino-pharyngite compliquée d'hématurie, et dont les crises de plus en plus rapprochées finirent par se confondre avec le tableau d'une endocardite maligne, relevant d'un streptocoque anhémolytique, identifié après hémoculture. Ils font remarquer, à propos de cette observation, que sous le titre de « forme rénale de la maladie de Osler », on a groupé des accidents fort dissemblables dans leur pathogénie : par leur apparition tardive, à une date où l'endocardite végétante et la splénomégalie se sont déjà révélées, certaines hématuries semblent témoigner d'un facteur embolique ; d'autres, se manifestant comme un signe avant-coureur, bien avant que la streptococcie se soit localisée en territoire cardiaque, sont rapportées à une glomérulo-néphrite qui commande le pronostic par la sévérité de son azotémie.

En regard de ces faits, il convient de marquer la place des infections angineuses qui entretiennent durant des années des poussées rénales congestives, relativement bénignes, évoluant à la manière de crises allergiques sur un terrain sensibilisé, jusqu'au jour où l'exaltation et la localisation du germe réalisent le tableau de l'endocardite végétante maligne.

Intoxication aiguë par ingestion accidentelle de trichloréthylène. — *MM. M. Duvoir, H. Leroux, G. Poumeau-Delille* et *P. Vivien* rapportent l'observation d'un homme qui ingéra par erreur une gorgée de trichloréthylène pur. Après quelques sensation de brûlures digestives, il présenta une ivresse aiguë suivie d'un sommeil profond d'une nuit. Le lendemain, il ne subsistait qu'une démarche ébrieuse et une abolition des réflexes cutanés abdominaux qui dura 36 heures. Il n'y eut aucun retentissement ni hépatique ni rénal.

Ictère cholostatique par pancréatite subaiguë avec adénopathie juxta-cholédocienne et spasme cholédocien. — *MM. Guy Albot, Jean Gosset, M. Parturier-Lannegrace* et *H. Libaude* rapportent le cas d'un ictère chronique par retention pure à propos duquel on peut affirmer l'absence d'hépatite, de tumeur et de lithiase et qui fut rapidement guéri par une cholécystostomie transitoire.

Il existait une adénopathie juxta-cholédocienne qui ne pouvait absolument pas jouer le rôle d'obstacle mecanique comme dans le cas classique de MM. Brûlé, Costedoat et Gatellier.

Une pancréatite, confirmée par la palpation et l'exploration à la sécrétine, et des lesions inflammatoires de tout le carrefour cholédocien semblent avoir engendré une contracture des voies biliaires, qu'ont prouvé la cholangiographie lipiodolée et l'epreuve au nitrite d'amyle. Inflammation et dysfonction semblent avoir établi un cercle vicieux ; la dérivation biliaire, en le brisant, amena la guérison.

Les auteurs se demandent si certaines affections chroniques hépato-biliaires comme les cholécystites chroniques et les anciennes cirrhoses biliaires n'ont pas commencé, comme dans ce cas, par de simples troubles de l'évacuation biliaire associés à un foyer inflammatoire local.

M. Chabrol pense qu'il n'y a pas un parallélisme étroit entre la douleur vésiculaire, l'ictère et la dilatation du cholédoque.

Cancer endobronchique traité avec succès par la lobectomie précoce. — *MM. Kourilsky* et *Robert Monod* rapportent une observation de cancer endobronchique dit « épistoma bronchique », traité avec succès par l'exérèse du lobe correspondant. La malade, âgée de 29 ans, n'avait présenté qu'un seul signe fonctionnel : des hémoptysies intermittentes. A l'occasion d'une poussée inflammatoire apparut pour la première fois un petit triangle atélectasique très limité du lobe inférieur droit, dont la fixité permit d'éliminer le diagnostic de tuberculose et de congestion pulmonaire banale. La bronchoscopie confirma celui-ci en révélant l'obstruction de la bronche du lobe inférieur droit par une tumeur grosse comme une cerise, dont la silhouette avait pu être également mise en évidence avant l'exploration par des tomographies à 8-10 cent. du plan postérieur. La biopsie démontra l'aspect polymorphe, trabéculaire, alvéolaire, pseudo-endocrinien d'un épithélioma à évolution lente à type d'« épistoma ». La lobectomie permit de faire l'ablation de la totalité du lobe inférieur droit. L'absence de ganglions hilaires, l'absence habituelle de métastases dans ces cancers endobronchiques, la vérification histologique faite après l'intervention de l'intégrité anatomique des ganglions juxta-bronchiques voisins de la tumeur, donnent la quasi-certitude de la guerison definitive de la malade. La lobectomie, faite sur des poumons non adhérents non infectés est, dans l'état actuel de la technique pneumo-chirurgicale parfaitement réalisable sans risques graves pour la malade. Par contre, l'exérèse de lobes adhérents et infectés est une opération dangereuse. Il est donc indispensable que le diagnostic de ces cancers endobronchiques — maintenant bien connus cliniquement — soit fait très tôt et que. devant la malignité certaine du processus, les pneumologues n'hésitent pas à conseiller la lobectomie réglée, sans s'attarder aux traitements endobronchiques à coup sûr inopérants, et souvent impraticables.

Séance du 26 juin 1942

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse fébrile immédiate après deux centigrammes de cyanure de mercure. Guérison rapide par sulfamidothérapie. — *M. M. Brûlé* rapporte un cas d'erythrodermie avec fievre apparue le soir même de deux injections intraveineuses de cyanure de mercure ; on ne pouvait invoquer ni une sensibilisation, ni une intoxication, ni l'insuffisance hépatique ou rénale ; il paraît plus probable que le sujet était en puissance d'infection streptococcique et que celle-ci fut extériorisée par les injec-

tions mercurielles. On peut soupçonner comme point de départ, soit une fistule permanente après un mal de Pott, soit un placard localisé d'eczéma impétiginisé; 29 grammes de paraminophénylsulfamide amenèrent, en trois jours, la chute de la fièvre et la rétrocession de l'hérythrodermie généralisée. Une petite rechute fut immédiatement arrêtée par la reprise de la sulfamidothérapie.

Mme Bertrand-Fontaine rappelle un cas de néphrite mercurielle suraiguë déclenchée par l'injection de un centigramme de cyanure.

Action de bases antagonistes de l'histamine sur quelques maladies liées à des réactions d'hypersensibilité. — *M. Philippe Decourt* a étudié diverses bases synthétiques antagonistes de l'histamine. Certains de ces produits sont non seulement très actifs mais surtout suffisamment bien tolérés pour que leur introduction en thérapeutique soit devenue possible. L'auteur a surtout utilisé le 2325 RP et le 2339 RP qui lui ont permis d'obtenir des résultats très variables mais parfois remarquables dans des maladies liées à des résections d'hypersensibilité telles que l'asthme, l'urticaire, les maladies sériques, certains troubles hépato-vésiculaires, certaines lésions de l'eczéma, des dysménorrhées, etc.

M. Pasteur Vallery-Radot. — Il est intéressant d'étudier l'effet de ces produits dans les asthmes purement allergiques où on a une action contre le choc anaphylactique.

M. Mollaret. — Cette thérapeutique est essentiellement physiologique, visant à corriger un déséquilibre végétatif, qui subit de grandes variations d'un jour à l'autre.

Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — *M. J. Comby* rappelle la tâche remplie depuis quarante ans par l'œuvre Grancher de préservation de l'enfance par le placement familial à la campagne des enfants menacés par la contagion. Il souhaite que, actuellement où les ravages de la tuberculose sont encore plus grands, l'œuvre Grancher puisse étendre son action,

M. Lelong insiste pour que l'on exerce une action dès la naissance des enfants tuberculeux.

Deux cas de défaillance ventriculaire droite avec cyanose. — *MM. May* et *Delarue*, à propos de ces cas de défaillance ventriculaire droite avec cyanose à marche rapide et d'apparence primitive discutent les rapports de l'asthme, de l'emphysème et de la défaillance du cœur. Ils estiment que les explications mécaniques sont insuffisantes et qu'il doit exister des affections concommittantes du couple cœur droit-poumon, d'origine peut-être neuro-végétative. En particulier, au cours de l'asthme comme de l'emphysème, il peut exister une véritable myocardite droite associée. Cette myocardite pouvait même exister seule réalisant des défaillances cardiaques droite d'allure primitive et à évolution rapidement fatale.

M. Brûlé rappelle à ce sujet les lésions minimes trouvées à l'autopsie des cardiaques noirs.

M. Rist à propos du problème des rapports entre la défaillance du cœur droit et certaines affections pulmonaires comme l'emphysème, souligne que l'emphysème succède à l'asthme à cause d'une défaillance expiratoire. La dilatation inspiratoire est une pression qui se transmet au myocarde et n'est pas contrebalancée par l'élasticité pulmonaire.

M. Pasteur Vallery-Radot a remarqué, chez des grands emphysemateux, asthmatiques et scléreux pulmonaires, une tension artérielle maxima basse avec minima très prés de la maxima.

Action de la thérapeutique sulfamidée sur le rein. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, René Wolfromm, Jacques Sérane* et *G. Guiot* ont recherché systematiquement, chez des malades soumis à la sulfamidothérapie, s'il existait ou non un retentissement des sulfamides sur le rein.

On ne saurait considérer le traitement par les sulfamides comme étant toujours inoffensif, lorsqu'on traite un malade atteint d'une néphrite antérieure. Par contre, si la néphrite observée est une complication de la maladie qui doit être traitée par les sulfamides, il y a lieu d'espérer guérir la nephrite par le traitement sulfamidé.

Dans des cas exceptionnels, il semble que les sulfamides peuvent déclencher une néphrite.

Sans déterminer une néphrite, les sulfamides peuvent provoquer des troubles du fonctionnement rénal, comme le montrent les épreuves fonctionnelles pratiquées après traitement sulfamidé ; mais ces troubles rénaux sont passagers.

Les sulfamides agissent sur le rein très probablement en provoquant une congestion glomérulaire.

Les auteurs concluent que le retentissement possible des sulfamides sur le rein ne saurait cependant constituer une contre indication à la sulfamidothérapie ; mais, chez les sujets dont les reins sont antérieurement lésés, les sulfamides ne doivent être employés que lorsque la maladie les impose.

M. Flandin a observé un cas d'anurie sans albumine ni augmentation de l'urée après sulfamidothérapie. La régression suivit bientôt par suppression des sulfamides.

M. Decourt. — En plus des lésions congestives du rein, il y a le fait que les sulfamides à forte dose augmentent la concentration moléculaire, d'où oligurie.

M. Pasteur Vallery-Radot. — Il faut distinguer les anuries et hématuries avec le Dagénan et le sulfathiazol qui n'existent pas avec les autres sulfamidés et qui sont dues à des précipités de dérivés acétylés au niveau du rein.

Tassement vertébral au cours d'une carence globale. — *MM. N. Fiessinger, Guy Ledoux-Lebard* et *Jacques Loeper* présentent un homme de 54 ans atteint d un tassement de D12 et L1, avec une image de Kummel-Verneuil. survenu au cours de son travail. Les radiographies et les tomographies n'ont pas révélé d'autres lésions pouvant expliquer la fracture spontanée en dehors d'une décalcification du rachis et du bassin chez un sujet à alimentation déficitaire.

L'ostéopathie de famine. — *M. L. Justin-Besançon* présente trois cas parisiens d'ostéopathie de famine : fractures spontanées, symetriques et bilatérales du cubitus, au tiers moyen. Ces trois cas sont survenus chez des femmes ayant passé la soixantaine et soumises à de sevères restrictions ; deux d'entre elles présentaient un œdème de carence, et une autre, une pellagre. On a pu suivre sur les radios la constitution progressive des lésions. La biopsie de l'os montre qu'en même temps que la fracture se constitue, il se forme un tissu de cal qui ne se calcifie pas. Une greffe osseuse pratiquée au niveau de la fracture se rompt et se décalcifie. Ces cas sont superposables à ceux décrits sous le nom d'ostéopathie de famine à Vienne en 1919. La thérapeutique par la vitamine D, le calcium et le phosphore a été très rapidement efficace.

M. Decourt. — Les osthéopathies qui ne sont pas liées à une carence sont plus déformantes, plus douloureuses, n'aboutissent pas à une fracture.

M. Jausion insiste sur l'intérêt de la fixation de la porphyrine chez ces ostéopathes.

M. Mollaret a observé un cas semblable avec fracture du cubitus, sans aucune carence. Il existait des lésions comparables au niveau des côtes.

M. Justin-Besançon a pu noter également une modification dans la constitution des sterols sanguins.

Etat de mal asthmatique guéri par une fièvre typhoïde. — *MM. N. Fiessinger, J. Fauvet* et *J. Nick* présentent une malade de 16 ans souffrant depuis la première enfance d'un asthme à crises subintrantes et résistant à toutes les therapeutiques. Un abcès de fixation ne donne qu'un soulagement momentané. Une fièvre typhoïde d'origine ostréaire amène une guérison qui se maintient depuis quinze mois.

M. Pasteur Vallery-Radot a observé des maladies infectieuses faisant disparaître l'asthme pendant des périodes prolongées.

M. Célice a également vu des asthmatiques dont les crises rétrocédaient avec une température à 39°.

M. Fiessinger insiste dans ce cas sur la longue durée de l'amélioration.

Un cas d'amylose hépatique et cutanée sans origine décelable. — *MM. N. Fiessinger, J. Fauvet* et *Cl. Albaharry* présentent une malade porteuse d'un très gros foie qu'une ponction-biopsie révèle atteint de dégénérescence amyloïde. Un syndrome érythromélalgique reste d'abord inexpliqué, mais une biopsie cutanée montre une infiltration amyloïde autour des vaisseaux du derme. Il s'agit là d'une manifestation exceptionnelle, différente au point de vue symptomatique des quelques cas connus d'amylose cutanée.

M. Nicaud. — L'amylose atteint habituellement la tunique des vaisseaux.

M. Fiessinger. — Dans ce cas l'amylose était localisée à la paroi externe des vaisseaux du derme.

Forme cutanée de la maladie de Besnier-Bœck. — *M. Degos* présente une malade de Besnier-Bœck qui avait des lesions cutanées atypiques, érythémateuses, et des lésions pulmonaires, qui avaient motivé un sejour en sanatorium, sans aucune autre localisation.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Ulcus, cancer et ulcéro-cancer

S'appuyant sur de nombreuses statistiques, et sur sa longue expérience, Kürten (*Klin. Wochensch.* 2 mai 1942) dans un article très intéressant dégage les conclusions suivantes de l'étude du problème de l'ulcéro-cancer gastrique, en se basant sur la clinique, l'anatomo-pathologie, les statistiques anciennes ou récentes, et la génétique. L'ulcus et le cancer sont des maladies autonomes avec un terrain propre et des manifestations variées, l'argument le plus important étant le maximum de fréquence à des âges bien différents pour chacun. La survenue d'un cancer à la suite d'un ulcus n'est qu'une coïncidence d'intérêt théorique et la résection prophylactique de l'estomac en cas d'ulcère n'a pas d'intérêt.

L'hypertension du jeune et sa signification

De l'étude de la tension artérielle de 3641 jeunes, Sarre (*Deut. Medizin. Wochensch.*, 1er mai 1942) déduit que les cas d'hypertension sont rares et, concernent surtout, des sujets à tension instable qui ont une ascension momentanée et sont pour la plupart aptes à travailler. Dans le reste de ceux dont l'hypertension est fixe on doit distinguer ceux dont la cause de l'hypertension est une affection rénale ou une sclérose maligne, exceptionnellement une sténose de l'isthme. Il ne reste finalement qu'un très petit nombre d'hypertensions essentielles, fixes, du jeune, dans lesquelles manquent les signes fonctionnels et les modifications du fond d'œil et qui restent, en général, d'un pronostic meilleur et compatibles avec le travail.

Des œdèmes cachectiques dans la glomérulo-néphrite diffuse

Au cours des affections rénales, la constitution des œdèmes est avant tout sous la dépendance d'un *facteur tissulaire*, d'ailleurs difficile a expliquer, incriminé par Fahr et Volhard contrairement à la conception de Widal, rappelle Nonnenbruch (*Deut. Medizin. Wochensch.*, 1er mai 1942) à propos des 70 ans de Volhard. Les œdèmes blancs, généralisés, avec hypoprotéinémie et lipoïdémie au cours d'une glomérulo-néphrite diffuse font tout d'abord penser à une nephrose lipoïdique ou à une néphrite avec cortège néphrotique. Mais l'œdème peut aussi se présenter comme témoignant d'une cachexie au cours d'une glomérulo-néphrite et être lié au comportement tissulaire. L'auteur fournit quatre observations de semblables œdèmes avec albuminurie, hypertension moyenne, cachexie et anemie qui viennent à l'appui de l'hypothèse de Volhard. Il les rapproche des œdèmes que l'on peut observer dans l'anémie pernicieuse par exemple.

Traitement opératoire des ulcères variqueux de la jambe

Il donne des résultats très intéressants, lorsque les ulcérations restent importantes et surtout étendues. Kratochvil (*München. Medizin. Wochensch.*, 1er mai 1942) en précise la technique. Les greffes types Reverdin sont à recommander dans ces formes, elles donnent seules une couverture et une épaisseur d'épithélium résistant aux infections. Le traitement post-opératoire doit être très soigneux et le facteur social entre pour beaucoup en ligne de compte. Le port de bas élastiques est à conseiller dès le premier lever pour éviter les œdèmes et le traitement peut être à compléter par une varicographie permettant de dépister les varices profondes et de lier les veines correspondantes.

Recherches sur l'action percutanée de l'histamine

L'action générale de l'histamine, souvent bienfaisante, en particulier dans le rhumatisme peut être obtenue par l'injection, ou même la voie percutanée : pommades, ionophorèse. H. Kalt (*Klin. Wochensch.*, 25 avril 1942) a utilisé en dernier une pommade contenant 2,1 % de disalicylate d'histamine, placée sur la peau préalablement frottée. A l'endroit de l'absorption se développe une sorte d'urticaire mais on constate également une action générale de l'histamine comme l'ont vérifié l'étude de la sécrétion gastrique et celle de la tension artérielle, abaissée de un à trois centimètres, pour la maxima et la minima, au bout d'une vingtaine de minutes.

On ne doit pas s'étonner de l'action percutanée d'une substance comme l'histamine dont l'effet peut se manifester déjà à la dose de 0,1 milligr., alors qu'ici 40 milligr. environ sont employés. Ainsi se trouvent démontrées son action générale et sa valeur thérapeutique par voie percutanée.

L'emploi de la vitamine K comme test hépatique

Armentano et Giber (*Klin. Wochensch.*, 9 mai 1942) ont employé le dosage de la prothrombine après administration de vitamine K, à explorer la fonction hépatique ainsi que l'a proposé Koller mais en allongeant la durée d'observation. Dans les ictères d'origine mécanique ils ont obtenu, après injection de vitamine K, un retour rapide, en 24 heures, à la normale du taux de prothrombine, sauf dans quelques rares cas. La baisse rapide après injection, même répétée, de vitamine K traduit une atteinte sévère du foie liée à un ictère par hépatite. La courbe du taux de prothrombine fournit le reflet de l'importance de la lésion hépatique. Par contre l'épreuve reste normale dans les purpuras, les maladies hémorragiques et l'hémophilie.

Les auteurs insistent sur la valeur pronostique de la méthode dans les cas très nombreux étudiés par eux.

Traitement des ulcères par le percortène

L'hormone surrénale synthétique à la dose quotidienne de 20 à 35 milligr. a été utilisée avec succès par Köhler et Fleckenstein (*Deut. Mediz. Wochensch.*, 8 mai 1942), à l'exclusion d'autre traitement associé, chez des ulcéreux gastriques et duodénaux souvent traités depuis longtemps. Certaines régressions furent très rapides contrôlées radiologiquement dans onze cas, et particulièrement chez des sujets de constitution asthénique. Le traitement put toujours être mené à bonne fin sans incidents à condition d'augmenter parfois le sel, la tolérance étant très variable d'un individu à l'autre.

Nouvelles recherches sur le traitement de la gangrène gazeuse par les sulfamides

Les résultats d'une très longue expérimentation sur l'animal sont fournis par Domagk (*Klin. Wochensch.*, 16 mai 1942). Il a pu comparer l'action, très variable, de différentes categories de sulfamides. L'une de celles-ci, le sel chlorhydrique du 4-aminométhylbenzolsulfonamide (marfanil), s'est révélée d'une activité quatre à dix fois supérieure aux autres, même à certaines du même groupe, ainsi qu'au sulfathiazol ou à la sulfapyridine, dans les infections de différents animaux avec le bacille du charbon ou autres anaerobies. Ce produit s'est montré bien supérieur au sérum anti-gangréneux et leur association ne semble pas améliorer sensiblement les résultats.

L'auteur pense qu'en pratique humaine on devrait employer pour les plaies graves, infectées, le poudrage avec 5 à 25 grammes du mélange marfanil-prontalbine, avec adjonction de 3 à 6 grammes du même mélange *per os* en cas de crainte d'infection générale et dans la gangrène gazeuse le premier seul, localement et *per os*. Sa grande solubilité permet également la voie parentérale.

L'auteur invite les chirurgiens à classer leurs blessés en plusieurs groupes selon que le traitement sulfamidé a été fait : préventivement, curativement, précocement ou tardivement après la blessure, a été associé ou non avec le sérum antigangréneux.

L'atélectasie parcellaire basale

Elle se manifeste sous forme de petites opacités linéaires ou en bandelettes au niveau des bases pulmonaires. Leurs limites sont nettes, mais elles ne sont assez souvent visibles que sur des clichés centrés a leur niveau. Strnad (*Deut. Medizin. Wochensch.*, 15 mai 1942) insiste sur leur signification et leur étiologie ; elles correspondent à l'obstruction d'un petit territoire bronchique par suite du défaut de ventilation de la base pulmonaire, c'est dire qu'elles se rencontrent essentiellement dans les affections retentissant sur le diaphragme.

Leur fréquence était connue au cours de processus localisés à l'étage sous-diaphragmatique mais elle n'est pas moins grande dans les pneumopathies et certaines cardiopathies.

Ces images peuvent disparaître ou laisser une mince cicatrice, plus rarement elles donnent lieu à une infiltration pneumonique ou bronchopneumonique.

G. LEDOUX-LEBARD.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Les diagnostics incomplets dans les affections du cuir chevelu

Il y a une proposition qui doit toujours être présente à l'esprit, c'est la suivante :

Un cuir chevelu malade ne doit pas être examiné sur le seul point qu'on croit malade ou que le patient a désigné. Il doit être examiné *sur toute sa surface.*

Il est utile par exemple de dire à un peladique qu'il a en dehors de ses plaques chauves une cicatrice post-traumatique sur laquelle les cheveux ne repousseront jamais et qu'il ne doit pas un jour la prendre pour une plaque peladique nouvelle.

Voici un malade qui vient consulter pour une alopécie infectieuse survenant de 60 à 90 jours après une pyrexie. Mais nous remarquons en même temps une séborrhée intense dépilante au premier chef. Il faut bien lui dire que la première n'a pas d'importance, qu'elle est curable même sans traitement, mais que l'alopécie séborrhéique est autrement sérieuse puisqu'elle peut conduire à la calvitie. En ces cas il importe de donner le traitement de la séborrhée du cuir chevelu et non une simple lotion excitante suffisante seulement pour l'alopécie infectieuse.

La coexistence de deux affections sur le cuir chevelu est fréquente et il faut éviter d'en diagnostiquer une seule sans avoir remarqué l'autre : Voici par exemple un enfant qui a de l'impétigo, regardons bien si en même temps il n'a pas de pédiculose qui en serait la cause étiologique et qui le ferait sans cesse renaître si la pédiculose n'était pas traitée.

Une plaque d'impétigo recouvre souvent une teigne dont la méconnaissance pourrait avoir des conséquences graves surtout en milieu scolaire.

Très souvent un malade manifeste son inquiétude en disant sans autre explication qu'il perd ses cheveux en abondance. Frappé par l'état gras de son cuir chevelu on attribuera cette chute à la séborrhée sans autre investigation. On l'explique au patient qui s'empresse alors d'avertir qu'il ne vient pas consulter pour ses cheveux gras mais pour une pelade.

Le cuir chevelu est en effet une région cachée pouvant souvent dissimuler beaucoup de choses, d'où la nécessité de bien explorer le cuir chevelu avant de porter un diagnostic.

Un cuir chevelu chez un obèse peut présenter aux tempes de l'eczéma et en même temps sur la région frontale de l'acné nécrotique.

Voici maintenant un malade qui présente un eczéma impétigineux du cuir chevelu. Il ne faut pas oublier alors de regarder si les plis rétro-auriculaires ne présentent pas de l'impétigo streptococcique comme il est de règle. Nous guérirons le premier par l'eau de Dalibour et le goudron de houille et le sillon rétro-auriculaire par de l'alcool iodé au centième.

Voici enfin une situation plus grave.

Un malade vient consulter parce que ses cheveux sont gras et tombent. Nous confirmons ce diagnostic : les coins des tempes se dégarnissent, la tonsure est en train de se former. L'épilation au doigt ramène des cheveux en abondance. Mais les tempes nous paraissent se dégarnir anormalement. La région pariétale est touchée et cependant dans les grandes calvities cette région est intacte. Nous écartons les cheveux et nous découvrons une multitude de petits espaces clairs. Bien entendu la syphilis hante alors notre esprit. Les sourcils présentent l'alopécie caractéristique. Nous faisons déshabiller le malade et souvent l'adénopathie et la roséole sautent aux yeux. Et voilà un malade qui est évidemment séborrhéique mais en même temps syphilitique.

Nous pourrions multiplier les exemples, nous nous bornons aux principaux qui établissent le bien-fondé de la proposition que nous avons formulée au début.

Les préjugés dans les affections du cuir chevelu

Chaque jour nous avons à lutter contre les innombrables préjugés de la clientèle du cuir chevelu. Ces préjugés sont légion. Voyons les principaux :

1° On invoquera constamment l'arthritisme comme étiologie de la chute des cheveux pour laquelle on viendra nous consulter. On ne voit pas du tout ce que l'arthritisme vient faire là, mais la clientèle tient tellement à cette étiologie qu'il serait maladroit de la réfuter trop vivement. Approuvons donc timidement, mais ajoutons : vous avez des pellicules ou de la séborrhée qui joue aussi un grand rôle dans votre état ;

2° « Docteur, mes cheveux tombent, le casque ou le képi en sont ou en ont été la cause ». Là, répondons hardiment que ces deux coiffures n'ont aucune part dans l'étiologie de l'alopécie.

3° Un autre nous dira : « Vous voyez comme ma chevelure est pauvre. En effet, j'ai eu il y a quelques années la fièvre typhoïde et à ce moment-là on a eu tort de ne pas me couper les cheveux ». Tâchons alors de convaincre notre malade que la coupe des cheveux n'a aucune valeur sur le maintien, la chute ou la repousse des cheveux et qu'il ne faut pas comparer la chevelure à un gazon qui repousse plus dru lorsqu'on le coupe.

4° Nous avons des malades sérieux qui feront admirablement bien leur traitement, mais nous ne pourrons les empêcher d'aller régulièrement dans des Instituts de beauté où on coupe les petits cheveux de repousse dans le but de fortifier les autres.

5° Un très grand nombre de malades n'osent se savonner ou se brosser le cuir chevelu dans la crainte de faire tomber des cheveux, de les *arracher* selon leur expression. Alors insistons bien sur ce fait que les cheveux qui tombent sont morts depuis longtemps et que leur chute rapide est désirable. En effet, si un cheveu tombe sitôt après sa mort, il sera remplacé par un cheveu sain de moins de valeur que le précédent mais néanmoins qui tient sa place. Sinon ce cheveu mort peut rester longtemps dans le follicule pilaire et lorsqu'il tombera ultérieurement il ne sera pas remplacé.

6° Une fois le jour au moins, on nous dira : « Docteur, ce qu'il y a de plus grave c'est que mes cheveux tombent avec leur racine. Ils ne repousseront donc plus ». Démontrons l'absurdité de cette crainte : Le cheveu est produit par la papille pilaire organe de la peau qui ne bouge pas. Le petit renflement que les malades prennent pour la racine du cheveu est son bulbe qui est plein, globuleux parce qu'il est mort, autrement il serait creux.

7° Enfin nous entendons dire souvent que le henné fortifie le cheveu en le rendant plus gros donc plus résistant. Evidemment il le rend plus gros, mais en le dissociant, c'est-à-dire en le rendant au contraire beaucoup plus fragile.

Nous pourrions continuer la liste interminable de ces préjugés. Nous avons cité les principaux, qu'il est indispensable de réfuter.

Maurice PIGNOT.

Pour éviter l'interruption dans l'envoi du journal, nous prions ceux de nos lecteurs dont l'abonnement arrivait à expiration le 30 juin, de nous en faire parvenir le montant en utilisant notre compte Chèques postaux, Paris 357-81.

INFORMATIONS

FACULTÉS — ECOLES — ENSEIGNEMENT

Concours de prosectorat. — Sont nommés prosecteurs titulaires : MM. Laurence, 163 ; Verne, 158 ;
Prosecteurs provisoires : MM. Debeyre, 153 ; Champeau, 150.

Bourses de doctorat à la Faculté de Paris. — Pour les bourses de 1re année et celles des Pupilles de la Nation, inscriptions avant le 15 juillet. Pour les candidats se présentant au concours, inscriptions avant le 20 juillet.

Faculté de Paris. — Clinicat. — Sont nommés :
Clinique thérapeutique médicale : MM. Boulenger et Mozziconacci.
Clinique de la tuberculose : MM. Genevrier, Brissaud et Lacorne.
Clinique médicale propédeutique : MM. Blanchard, Lecœur, Bolgert et Cornet.
Clinique médicale Cochin : MM. Di Matteo, Marre et Rault.
Clinique médicale Hôtel-Dieu : MM. Lajouanine et Lamotte.
Clinique médicale Broussais : MM. de Graciansky, Mlle Lindeux, MM. Ordonnau, Plas.
Clinique des maladies infectieuses : MM. Jacquot et Lepintre.
Hygiène et Clinique de la 1re enfance : M. Grenet et Mlle Provendier.

Prix de la Faculté de médecine de Paris. — I. — *Prix destinés à récompenser des travaux scientifiques (thèses, etc.), au titre de 1941.*

Prix Barbier, 3.000 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. (Inscription jusqu'au 13 octobre 1942).

Prix Behier, 3.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur une question de pathologie médicale. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Bernheim, 800 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais). (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Chateauvillard, 2.000 francs. — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises). (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Déroulède, 900 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Desmazes, 1.600 francs. — Récompense du meilleur traité sur la grippe. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Gerard Martinet, 2.800 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc..., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Jeunesse (Histologie), 1.500 francs. — Meilleur ouvrage relatif à l'histologie. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Lacaze, 20.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Léri, 1.300 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié au cours de l'année 1940. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Monthyon, 2.300 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1940. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Rigout, 600 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Sicard (au titre de 1940), 30.000 francs. — Un ou deux prix dans le but de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire (cours, publications), soit par des voyages d'études (séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger).

Prix Léon Frey (au titre de 1940), 5.000 francs. — Récompense du meilleur mémoire sur la stomatologie.

Prix Legroux (au titre de 1940), 2.000 francs. — Meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement.

II. — *Bourses destinées à venir en aide à des étudiants méritants et peu fortunés régulièrement inscrits pour l'année scolaire 1942-1943.*

Anonyme, 2.800 francs. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Carville, 1.200 francs. — Deux bourses au profit de deux étudiants français laborieux et peu fortunés. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Chauffour, 750 francs. — Bourse à un étudiant distingué et peu fortuné. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Corvisart, 1.200 francs. — Aide à deux étudiants de nationalité française peu fortunés et dignes d'intérêt. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Demarle, 700 francs. — Bourse à un étudiant méritant. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Dieulafoy, 6.000 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Faucher, 1.000 francs. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examen pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Hervieux, 3.200 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Lannelongue, 450 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Marjolin, 4.000 francs. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, ayant recueilli avec soin les observations dans leur service, joindre à la demande les certificats des chefs de service. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

De Rothschild, 2.200 francs. — Bourses à deux étudiants de préférence israélites. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Serge Henry Salle, 500 francs. — Achats d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Segond, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

De Tremont, 2.000 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Veret, 400 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Vrain, 2.000 francs. — Aide à un étudiant, fils de médecin ou d'instituteur de préférence, préparant l'internat et digne d'intérêt. (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

III. — *Bourses municipales.*

Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine ou les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1942.

Les demandes établies sur papier timbré à 12 francs (sauf pour les Pupilles de la Nation) et accompagnées, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étudiants d'un état de situation de fortune certifié, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de 14 à 16 heures. (Bureau du Secrétaire-adjoint).

ASSISTANCE PUBLIQUE — HÔPITAUX

Paris. — **Accoucheur des hôpitaux.** — M. Varangot est nommé.

VIE PROFESSIONNELLE

Ordre des médecins. — **Commission régionale de la Région de Paris.** — La Commission régionale et le Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre de la Région parisienne se sont réunis le 28 juin 1942.

L'application de la Charte du travail et ses répercussions sur l'exercice de la médecine ont fait l'objet d'un ample débat dont les conclusions ont été les suivantes : Consciente de ses devoirs sociaux, la Corporation médicale représentée par l'Ordre est toute disposée à offrir sa collaboration la plus active pour toutes les réalisations médico-sociales envisagées par les autres Corporations et par leurs Comités sociaux. Ainsi que cela a été fait pour l'application de la loi sur les Assurances sociales, le Corps médical demande que l'organisation des services médicaux créés par les Corporations soit réglée en accord avec l'Ordre des médecins et par le moyen de conventions analogues à celles prévues par la loi des Assurances sociales. La Commission régionale est pour sa part décidée à s'opposer à toute organisation de soins créée sans l'accord des Conseils départementaux de l'Ordre et qui ne respecteraient pas les principes auxquels le Corps médical est traditionnellement attaché ; elle engage les Conseils départementaux à déférer devant leur juridiction les médecins qui, isolément ou en groupes, croiraient devoir s'entendre directement avec les Corporations pour créer des organisations de soins en dehors des règles établies par l'Ordre.

Incidemment, la Commission régionale et le Comité de Coordination ont été mis au courant des projets de remaniement de la loi du 7 octobre 1940 sur l'Ordre des médecins. Après discussion, ils ont à l'unanimité des membres présents voté un texte traduisant l'émotion du Corps médical en présence de ces projets de refonte qui, par la création envisagée d'organismes corporatifs indépendants de l'Ordre, risqueraient d'entraîner des conflits d'attributions et partant le désordre, la désunion et l'impuissance.

La médecine d'usine a fait, d'autre part, l'objet d'un débat à l'issue duquel a été rédigé un contrat-type pour les médecins chargés d'un service médico-social d'usine. Ce contrat prévoit notamment que le médecin d'usine ne doit pas donner de soins, hormis le cas d'urgence.

Enfin, la Commission régionale et le Comité de coordination ont discuté un grand nombre de questions parmi lesquelles celles relatives aux Assurances sociales agricoles, aux assurés assistés (article 19), au contrôle technique en matière d'Assurances sociales, à l'assistance médicale gratuite, aux dispensaires, aux nominations des chefs de service dans les hôpitaux de la région parisienne autres que l'A. P., etc...

ECHOS & GLANURES

Le métissage dysharmonique et ses résultats. — « Ce qui caractérise les races métissées, même animales, écrit le Docteur René Martial (Les Métis, un vol. Bibliot. Philoo-scientifique, Flammarion, édit.) :

C'est la vulgarité, une vulgarité qui va jusqu'à la bestialité. La laideur physique, autre signe de dégénérescence, lorsqu'elle s'ajoute à la vulgarité, donne une sensation d'horreur, de répulsion aux âmes bien nées. Mais même sans la laideur, la vulgarité est pénible à supporter, car elle atteint aussi bien le moral que le physique. Une jolie femme vulgaire est insupportable. Dans les races-résultats harmoniques le port de tête, la physionomie sont affinés, les traits réguliers, symétriques, proportionnés, les oreilles ramassées et non écartées, le nez finement modelé, la stature élancée, harmonieuse, la démarche ferme, équilibrée, souveraine.

C'est le résultat d'une ascendance en série normalement choisie ou d'un métissage judicieux opéré avec soin. Les éleveurs connaissent bien ces caractéristiques. On est stupéfait de voir qu'on prend tant de soins pour créer une généalogie chevaline et qu'on en prend si peu pour créer une généalogie humaine ! L'éleveur qui veut conserver un bon cheval, ne va pas chercher un reproducteur dans les steppes de la Russie pour le croiser avec un pur-sang. Il choisira dans une autre famille de pur-sang un cheval de rafraîchissement et sa sélection ne s'égarera pas sur des sujets d'Extrême-Orient ou de Polynésie.

Dans un pays comme le nôtre, dans un pays d'immigration, le métissage massif va donner des résultats massifs. Ce sera le croisement par substitution, et, si l'on continue sans méthode, ce ne sera plus la race française, mais une race bâtarde, laide, vulgaire, avilie qui n'aura plus de français que le nom. Il est essentiel de se souvenir que le résultat psychologique a encore plus de valeur et de gravité que le résultat physique. C'est le croisement de rafraîchissement du sang ou croisement de retrempe qu'il nous faut et non pas celui de substitution.

Il n'y a pas de préjugé de couleur. C'est un instinct qui veut que le blanc répugne à l'union avec le noir ou le jaune. L'ascension et la chute des civilisations s'explique par le fait des mélanges raciaux, les races supérieures subissent une diminution chaque fois qu'elles se croisent avec une race inférieure ».

La léthargie de la presse médicale française. — Le journalisme médical français traverse une crise grave. Certaines causes en sont lointaines.

Vers 1905, Helme, qui fut un bon journaliste, avait déjà fait entrevoir où nous mènerait notre individualisme outrancier. D'autres causes, en l'an 1940, ont créé, pour beaucoup, un état voisin de l'agonie. J. Crinon qui étudie la situation présente, expose ce qui a été fait, ne parle que de léthargie. Il y a donc encore de l'espoir et peut-être reverrons-nous des journaux médicaux que réalisaient des hommes qui s'appelaient les A. Latour, Peisse, Dechambre, etc. Alors, il ne faudra point oublier ceux qui ont aidé à notre résurrection. Crinon aura été un de ceux-là. Dans les difficultés de l'heure présente, il a combattu sans souci de lui-même ; il a été le défenseur des humbles ; s'il a conseillé les puissants, il l'a fait sans méconnaître l'échelle des valeurs. Et il est resté ainsi le grand journaliste indépendant qu'il est.

La natalité en France. — Le Secrétariat d'Etat à la Santé vient de publier et de faire parvenir aux médecins, une brochure, élégante, directe et suggestive où il vante les bienfaits de la maternité et insiste sur l'accroissement urgent de la natalité en France. Cette publication est précédée d'une lettre du Docteur Grasset, secrétaire d'Etat, que nous tenons à publier, certains que nos lecteurs en apprécieront les termes si nobles et la pensée élevée :

A mes Confrères,

Brusquement arraché à ma vie quotidienne de médecin praticien, je me trouve appelé par la confiance du Chef du Gouvernement à des fonctions d'autorité pour lesquelles il estime que je suis qualifié.

J'obéis.

Je servirai de toute mon âme. Le Maréchal a dit, répété, dans son langage, magnifique de clarté, de précision, qui restera le témoignage princeps de la Résurrection française, qu'il entendait baser l'Etat nouveau, sur la trilogie : Travail, Famille, Patrie.

Confrères, vous sentez mieux que quiconque tout ce qu'a de noble et d'émouvant cette formule jaillie du cœur du plus illustre des Français.

Vous l'exalterez avec toute votre foi dans les foyers si variés qui vous accueillent et où le médecin demeure le confident des humbles, le conseiller des privilégiés, l'homme dont on sollicite l'opinion, et qui souvent détermine la conviction.

L'action morale intimement liée à l'action sociale pour le redressement français, vous en détenez, vous les médecins, le moyen le plus direct, le plus fervent.

Honorer la Famille, la situer dans la Nation à sa place d'élite, lui confier tout ce qui peut permettre à ce peuple de se refaire une âme, c'est le devoir des Gouvernants, mais leur intention serait peu si chaque Français ne partageait intimement le même sentiment.

Les « clercs » ont assez trahi dans la triste période d'entre-deux guerres. Aujourd'hui, les élites, qui se cherchent, et dont vous êtes un nécessaire élément, doivent conduire les Français à cette réhabilitation des vertus familiales, substratum nécessaire de toute politique spécifiquement française.

La Famille pérennise la vie. Elle a le droit à la tendresse des vivants. A cette tâche de bonheur qui vous libèrera des lourds accablements de notre Patrie meurtrie, je vous convie, Messieurs les Médecins de France, avec toute l'ardeur de ma pensée.

Pour la France, par le Maréchal et son Gouvernement.

La première tentative d'anesthésie chirurgicale. — Le Professeur Forgue en marque le centenaire dans un article du *Temps* (11 juin 1942) :

Il y a cent ans, le 30 mai 1842, en Amérique, un simple médecin de campagne, dans le petit village de Jefferson, où avait pénétré la mode des « Ethers-Parties » (comme les modernes parties de cocktail), Crawford Long, réussissait à enlever *sans douleur, grâce aux inhalations d'éther*, deux petites tumeurs de la nuque. C'était la première application, *préméditée*, de l'emploi de l'éther, inhalé, à l'insensibilisation opératoire. Sans doute, vers la fin du dix-huitième siècle, en Angleterre, un petit apprenti pharmacien, Humphry Davy, ayant remarqué que les inhalations de protoxyde d'azote, « gaz hilarant », exercent une action sur la sensibilité, avait émis la proposition de l'employer dans les opérations chirurgicales, mais Davy n'a point osé dépasser la dose *hilarante* de ce gaz pour atteindre la dose *insensibilisatrice* ; et, pour dosage insuffisant, il rata l'occasion.

La tentative initiatrice de Crawford Long venait trois ans après la décourageante déclaration d'un des grands maîtres de la chirurgie française, du Professeur Velpeau, qui avait écrit dans ses *Eléments de médecine opératoire* : « *Eviter la douleur en chirurgie est une chimère qu'il n'est plus possible de poursuivre aujourd'hui* ». Tant il est vrai que la libre recherche et l'imprévu des découvertes dépassent les limitations et les prévisions des maîtres !

A quatre reprises, Crawford Long avait renouvelé, avec succès, sa mémorable initiative. Pourquoi a-t-il négligé de publier ces observations capitales qui lui confèrent le titre, à jamais glorieux, de créateur de l'anesthésie chirurgicale ? Il l'a expliqué modestement : il n'avait qu'une pratique opératoire restreinte, bornée à la chirurgie minime ablation de petites tumeurs, amputation de doigt ou d'orteil ; et il attendait une plus décisive consécration, par l'utilisation de sa méthode dans des interventions de grande chirurgie. C'est ainsi, comme l'a dit Young, qu' « il a perdu son procès par défaut ».

Mais sa revanche est venue. Dès 1861, Jackson reconnaissait, avec une grande probité, ses droits de priorité. Le grand gynécologue américain Marion Sims et Young les ont authentifiés ; et, en 1926, une statue élevée au National Capitol de Washington consacrait Crawford Long comme l'inventeur de la narcose, donc du progrès qui, avec l'antisepsie pastorienne, allait révolutionner la chirurgie.

Par cette première tentative nous sommes entrés dans cette merveilleuse période de quatre années d'essais et de réalisations qui s'étend jusqu'au 16 octobre 1846 où l'éthérisation, grâce aux entreprises novatrices du dentiste Horace Wells, de William Morton, dentiste lui aussi, de Jackson, un chimiste, est appliquée par John Warren, chirurgien de l'hôpital de Boston, à une grande intervention chirurgicale à l'ablation d'une volumineuse tumeur du cou. L'opération s'était accomplie sans aucune douleur ; Warren, se tournant, ému, devant l'assistance nombreuse de médecins et d'élèves, prononça ces mots vulgaires, mais impressionnants : *Gentlemen, this is no humbug* ! (Messieurs, ceci n'est pas de la blague !) Et Jacob Bigolow, un des maîtres présents, le confirma : « Non, Messieurs, ceci n'est pas une imposture. Nous venons d'assister à un événement capital dans les Annales de la chirurgie. *Notre métier est délivré pour toujours de son horreur : la douleur* ».

En quatre ans, quatre Américains (dont deux dentistes, un chimiste un médecin) ont créé l'anesthésie chirurgicale. Cette histoire de la narcose est d'un intérêt très prenant. Comme je l'ai dit dans mon *Traité d'anesthésie*, elle rappelle au jeune chirurgien, volontiers enclin à croire qu'il s'agit là de découvertes très anciennes, qu'*il y a tout juste un siècle que la chirurgie a été affranchie de la douleur*. Elle apprend au grand public que, dans le monde, survivent quelques rares vieillards, voisins de la centième année, qui sont venus au monde en un temps où la souffrance était encore « *la compagne inséparable des grandes interventions* ». Elle doit nous inspirer la gratitude envers les novateurs. Elle nous enseigne que, dans les sciences appliquées, les progrès sont solidaires et se font par des apports associés d'hommes et de connaissances multiples, puisque parmi ce quatuor de découvreurs il n'y a pas un chirurgien, et qu'il n'y a qu'un seul médecin ! Aussi bien, c'est un chimiste, Pasteur, qui a été, par l'asepsie bactériologique, le réformateur de la chirurgie. Enfin, elle nous invite à considérer que, sans l'anesthésie, et surtout sans ses formules nouvelles, le champ d'action prodigieux, illimité, de la chirurgie moderne n'aurait point pu s'ouvrir devant nous.

BIBLIOGRAPHIE

Les androgènes. *Etude biologique, clinique et thérapeutique*, par H. Simonnet et M. Robey. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Un volume 268 pages avec 15 figures, 100 francs.

Ce livre achève l'étude des hormones sexuelles qu'illustraient déjà les monographies du même auteur consacrées à la folliculine et au corps jaune.

L'appareil de croissance des os longs, par A. Policard. Un volume 216 pages, 16 figures, 65 francs. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Nombreux sont ceux qu'intéresse la croissance des os longs : médecins, chirurgiens, pédiatres, orthopédistes, anthropologistes. C'est pour eux que ce livre d'histologie et de biologie a été écrit.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'image de notre corps et ses déformations en pathologie

Par **J.-A. CHAVANY**
Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours

L'*image de notre corps* est une acquisition nouvelle en clinique neurologique. Il faut entendre sous ce terme le *sentiment* immédiat que nous éprouvons de notre propre corporalité, la *notion* sans cesse actuelle que nous avons de l'enveloppe plastique de nos divers segments corporels, de ses relations spatiales et de son remaniement perpétuellement renouvelé dans le cours de nos différentes activités. Semblable sentiment et pareille notion, enregistrés dans notre esprit, sont susceptibles d'être évoqués par le *souvenir.*

Une telle image se constitue à l'aide des excitations proprioceptives et extéroceptives dont notre propre organisme et aussi le monde extérieur nous gratifient à chaque instant. Les principales *afférences* sont myoarthrocinétiques, tactiles, auditives, labyrinthiques, mais les plus importantes semblent être les *afférences visuelles* et on peut dire que, chez le clairvoyant, l'*optieogramme* dépasse en activité le *somatogramme.*

Chez le *sujet normal*, l'image de notre corps, floue et imprécise, n'affleure pas le champ de la conscience et on peut même se poser la question de savoir si elle nous est de quelque utilité ; elle nécessite un effort d'introspection et, souvent encore à ce moment, elle manque de netteté.

Certaines *variations brusques* des données reçues par notre sensorium et spécialement les modifications brutales du régime labyrinthique sont susceptibles d'entraîner des *déformations physiologiques* passagères du modèle postural, tel le raccourcissement du corps avec lourdeur des jambes, légèreté du buste et des bras au cours d'une *montée en ascenseur*, sensations contrastant avec l'allongement qui s'ébauche au cours de la descente dans le même appareil.

Mais ce sont surtout les *données pathologiques* qui projettent le maximum de clarté sur cette image normalement embrumée et paradoxalement lui confèrent son vrai relief :

en la surchargeant,
en l'abolissant partiellement,
en la déformant,
en la projetant enfin *hors de l'individu* lui-même.

Les *surcharges du schema corporel* constituent la constatation la plus courante en médecine pratique et sont représentées par les *membres fantômes.*

Les *membres fantômes* s'observent dans la règle chez les *amputés.* Le blessé a l'illusion que son membre disparu existe véritablement, qu'il se meut, d'une motilité souvent subordonnée à celle du membre symétrique intact et surtout — fait qui doit être souligné — qu'il est ordinairement le siège de *douleurs* variables de caractère et d'intensité souvent sous l'influence de facteurs affectifs. Il arrive qu'avec le temps, un tel fantôme se rapetisse plus ou moins exagérément et qu'il finisse par s'évanouir totalement.

Mais *en dehors de toute mutilation*, les membres fantômes peuvent s'observer, *en surnombre* pourrait-on dire, dans le cours de l'évolution de certaines paraplégies traumatiques ou compressives, ou encore se présenter à titre d'images résiduelles temporaires d'attitudes imposées au sujet, telle la position de la taille, pour l'exécution de certaines opérations chirurgicales.

L'*abolition partielle du schema corporel* est le fait de certaines lésions cérébrales en foyer. Certaines hémiplégies le plus souvent gauches (exceptionnellement droites) s'accompagnent de la perte complète de la notion de l'hémicorps paralysé. Les malades qui en sont porteurs paraissent ignorer complètement l'existence de leurs membres malades et par voie de conséquence méconnaissent complètement leur infirmité motrice. C'est le curieux tableau de l'*anosognosie vraie* ou muette identifiée par Anton, d'abord, puis par Babinski. Demande-t-on à ces malades d'effectuer avec le membre oublié un mouvement (dans la mesure où la motricité qui leur reste le permet), c'est le membre sain qui entre en action. Les excitations sensitives portant sur le côté touché sont intégrées comme des sensations de la partie symétrique. Certains patients arrivent même à considérer leur membre malade comme *appartenant à une personne étrangère* et la fermeté qu'ils apportent à leur négation, malgré les preuves d'évidence qu'on leur fournit, éveille l'idée d'une véritable perturbation de la conscience. Un certain nombre de sujets ont au contraire la notion, pénible au point de vue affectif sinon véritablement douloureuse sematiquement, d'avoir perdu la moitié de leur corps (fausse anosognosie).

On conçoit l'importance que peuvent avoir de semblables modifications de l'image de notre corps témoignant de la perte de la sensation de notre propre espace sur l'activité motrice spécialisée des sujets, sur leur *eupraxie.* Aussi existe-t-il une

---

FEUILLETON

LES MÉDECINS DE NOTRE TERROIR

Ceux de Franche-Comté [1]

(*Fin*)



Loys GUYON, sieur de la Nauche, vécut en Limousin ; mais il était né à Dôle et revint y mourir vers 1630. Il a laissé quelques livres : *Le Miroir de la Beauté et Santé corporelle*, les *Diverses Leçons* qui eurent de nombreuses éditions et se lisent encore. C'était un observateur attentif des mœurs, un savant apprécié en son temps. Guy Patin a fait son éloge. La gloire a quelquefois des bases moins solides.

Claude-Melchior CORNETTE, né à Besançon en 1744, n'avait que trente-quatre ans, quand il fut nommé adjoint à l'Académie des sciences, en récompense de ses travaux sur le salpêtre et sur l'acide nitreux. Devenu peu après membre de la Société royale de médecine, il rendit de grands services à Lassone pour l'étude des épidémies, des eaux thermales et des remèdes secrets. Médecin de Mesdames, Cornette les suivit lors de leur émigration et mourut à Rome en 1794.

L'Ecole de Strasbourg revendique un bisontin Etienne TOURTELLE (1756-1801), qui n'enseigna cependant à Strasbourg que pendant quatre ans. Tourtelle est l'auteur d'*Eléments d'hygiène* (1767), bien antérieur au livre de J.-N. Hallé et d'une *Histoire philosophique de la médecine* que l'on considère comme un chef-d'œuvre du genre.

Né à Vauvillers (Haute-Saône) en 1742, DUCHANNOY fut administrateur des hôpitaux de Paris au début du XIXe siècle, et l'un des plus ardents propagateurs de la vaccine dont il présida le Comité. Il mourut à Paris le 4 novembre 1827. Son portrait, par Isabey, est au Louvre.

Jaccoud prétendait qu'à ROUGNON revient le mérite d'avoir le premier décrit l'angine de poitrine dans sa *Lettre sur la mort de..... M. Charles.* Les cardiologues modernes ne sont pas de cet avis et accordent toujours la priorité à Heberden, avec raison, semble-t-il. Quoi qu'il en soit Rougnon (1727, Morteau ; 1799, Besançon) fut un grand médecin dont l'enseignement et les travaux marquèrent au XVIIIe siècle, la période la plus brillante de la Faculté de Besançon.

Désiré PETETIN, qui vécut et mourut à Lyon (1808), était né à Lons-le-Saunier (1744). Ses travaux sur la catalepsie, sur le phénomène dit de transposition des sens et enfin sur celui

---

(1) Voir : *Progrès médical*, 7 mars 1942.

variété d'apraxie sur laquelle ont insisté Lhermitte et ses élèves dont la genèse, fonction de la dissolution du schéma corporel et traduisant un trouble de la *pensée spatiale* peut être trouvée dans la rupture des relations unissant les représentations visuelles et les représentations sensorio-motrices. Avec une motricité intacte de tels sujets arrivent à voir l'exécution de leur geste troublé par l'impossibilité de le situer dans le plan spatial susceptible d'en assurer l'efficacité.

Sans vouloir imaginer un centre cérébral d'une notion aussi compliquée et subtile que l'image de notre corps, il est toutefois intéressant de noter que les lésions de telles hémiplégies pareillement compliquées d'anosognosie siègent habituellement dans l'*hémisphère droit* dans le territoire sylvien postérieur au niveau de la *circonvolution pariétale inférieure* et du *gyrus supramarginalis*. Mentionnons cependant que nous avons observé cet oubli du membre parésié dans un cas typique de ramollissement de l'artère cérébrale postérieure.

Les *déformations* du schéma corporel s'observent surtout dans les *intoxications*. Un certain nombre de drogues, alcool, éther, cocaïne, morphine sont susceptibles de modifier souvent de façon bizarre et saugrenue, parfois de transfigurer complètement partie ou totalité de notre image corporelle. Rapetissement, allongement, variations pondérales, modifications criardes de couleur, tout peut s'observer. Les deux poisons les plus actifs dans cet ordre d'idées de la déformation du schéma corporel sont incontestablement le *haschich* et le *peyolt*, la plante qui fait les yeux émerveillés.

Les *projections hors du sujet* lui-même constituent la dernière modification que peut subir le schéma postural. Cette image, en effet, peut rompre ses attaches avec notre propre matière, s'émanciper et être projetée en dehors du sujet étant alors perçue par lui à la manière d'une image viselle hallucinatoire. Mais ce qui différencie cette vision immotivée d'une hallucination visuelle banale, c'est qu'une telle projection somatique entraîne avec elle idées, sentiments et passions du sujet dont elle émane ; la copie de son moi corporel apparaît au patient toute imprégnée de son moi psychologique et de sa personnalité morale.

Ce curieux phénomène de l'*héautoscopie* ou *vision spéculaire* susceptible de s'observer chez des sujets normaux, mais au système nerveux particulièrement sensible comme celui des artistes et littérateurs peut, dans le domaine pathologique, faire partie du tableau de certaines *crises comitiales* ou s'observer dans certaines irritations encéphaliques toxiques ou infectieuses (fièvre typhoïde, grippe et surtout typhus exanthématique). Aux beaux jours de l'hystérie, il a fait partie du syndrome psychique de la grande névrose, mais on sait avec quelle circonspection il convient d'apporter quelque crédit à l'authenticité des manifestations de ce genre.

Ce n'est pas par un déficit des analyseurs connus que nous pouvons expliquer les perturbations de l'image de notre corps. Invoquer la *cénesthésie* n'est pas faire avancer beaucoup le problème ; c'est seulement substituer un mot à une obscurité. Certes, dans certains cas comme celui de cet hémiplégique qui cherchait son bras sous son lit prétextant qu'on le lui a caché, on a l'impression de se trouver en face d'un *trouble délirant*. On est toutefois obligé de remarquer que le sujet ne délire que sur un point. Il y a certainement à la base de semblable trouble un trouble intellectuel mais celui-ci est *partiel*, spécialisé, il est même parfois anatomiquement localisable comme nous l'avons vu pour l'anosognosie.

Il est par contre, des cas de perturbations du schéma corporel ou la *dissolution psychique* est *totale* par dissociation complète de la personnalité. Nous entrons par cette porte dans le domaine des *psychoses* où le sentiment de la personnalité physique est souvent altérée conjointement aux troubles psychiques, en particulier dans les états mélancoliques dans les délires de négation, de dédoublement, de *dépersonnalisation*.

L'image de notre corps conception purement neurologique à sa naissance franchit par ses développements, les barrières de la psychiâtrie ; elle est une preuve nouvelle de l'étroite liaison unissant neurologie et psychiâtrie, notion trop méconnue en France de nos jours, tant sur le terrain théorique que sur le terrain pratique.

Polynévrite diabétique à forme dite pseudo-tabétique

Par MM.

L. ISEMEIN — Médecin des Hôpitaux

H. MÈTRAS — Interne des Hôpitaux

de Marseille

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un diabétique présentant un syndrome neurologique réalisant une polynévrite à forme pseudo-tabétique. Les questions soulevées par ce malade sont intéressantes et nombreuses. Certains auteurs estiment la polynévrite diabétique comme très rare pour ne pas dire inexistante. Quant à la forme clinique, dite « pseudo-tabétique », elle serait à revoir complètement (Labbé

---

de la suggestion mentale publiés dans un mémoire daté de 1787 constituent une époque en magnétisme et font de Petetin, suivant l'expression d'A. Bertrand, le Braid français ou le Charcot du XVIII[e] siècle.

C'est aussi par ses études sur le système nerveux que Lélut a acquis une notoriété qui n'est pas éteinte. On cite encore *Le Démon de Socrate*, l'*Amulette de Pascal*. Mais on connaît moins la *Physiologie de la pensée* où s'est affirmé le spiritualisme de Lélut qui fut un personnage considérable de son temps : médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie des Sciences morales, de l'Académie de médecine, député de 1848 à 1863, il cumula honneurs et fonctions en restant un brave homme. Il était né à Gy (Haute-Saône) en 1803 et mourut à Paris en 1875.

Pidoux (1808, Orgelet (Jura) ; 1882, Meulan), parce qu'il n'accueillit point sans les discuter les expériences de Villemin, est aujourd'hui un réprouvé de la médecine, tant les vivants sont incapables de comprendre le passé.

Mais ce Comtois à la tête ronde — une vraie tête de Comtois selon le proverbe — est au-dessus du dédain et le nom de Pidoux, restera associé à celui de Trousseau tant qu'on parlera de thérapeutique.

La Franche-Comté a eu aussi en médecine des poètes, des inventeurs.

Georges Camuset (1840, Lons-le-Saunier, 1885, Paris), fut le plus brillant des premiers. Les *Sonnets du Docteur* sont un petit chef-d'œuvre de grâce, de fine observation et d'élégance que les médecins ne se lasseront jamais de relire.

Charles Sauria (1812-1895, Poligny) était encore élève au Collège de Dôle lorsqu'après un cours de physique, lui vint l'idée de frotter sur un mur enduit de phosphore des bouts de bois trempés dans un mélange de soufre et de chlorate de potasse. Le résultat fut assez concluant pour que le professeur se mit à fabriquer ces allumettes pour son usage. Deux ans après, les allumettes dites chimiques étaient fabriquées industriellement, sans profit pour leur inventeur qui mourut dans la misère.

Chamberland (1851, Chilly-le-Vignoble, 1908, Paris) est peut-être plus connu aujourd'hui par le filtre qui porte son nom que par ses travaux de bactériologie pure.

Et on oublie aussi parfois que c'est à Césaire Phisalix (1852, Mouthiers, 1906, Paris), qu'est due la sérothérapie antivenimeuse.

Mais l'histoire n'est qu'une « passante oublieuse ». Et il en sera encore une fois de plus ainsi. Beaucoup d'autres noms de médecins, qui ont honoré le pays Comtois et ont droit à nos suffrages, auraient dû être cités ici. Mais en s'allongeant, notre liste ressemblerait à un nécrologe familial et il ne faut pas trop parler des siens !

Et l'on comprendra aussi qu'il n'ait pas été fait mention de Pasteur, ni de Bichat : l'un n'était pas médecin et l'autre naquit d'ascendants comtois dans un village qui faisait alors partie de la province de Bresse. Leur gloire n'a d'ailleurs pas besoin de rappel.

Maurice Genty.

et Boulin, Haguenau). Nous ne nous étendrons pas sur la médiocrité de la terminologie qui fait appeler cette forme pseudo-tabétique. La pathogénie et le traitement de ce syndrome ne sont pas moins attachants.

Voici l'observation :

Fr... Clément, 31 ans, taille 1 m. 55, forgeron, entre dans notre service le 2 décembre 1941.

Il est soigné depuis le mois de juillet 1939 pour un diabète sucré. Il a suivi assez irrégulièrement le traitement hygiéno-diététique et insulinique. C'est un diabète grave comme en font foi son amaigrissement massif et les examens biologiques.

La glycosurie est stabilisée autour de 3 grammes avec une glycosurie quotidienne à 300 grammes pour 5 litres d'urines. Azotémie à 0,25, cholestérinémie à 1,80. Dans les urines, il y a présence d'acétone et d'acide diacétique par période, avec légère albuminurie. Les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Meinick sont négatives dans le sang.

Il s'agit en somme d'un *diabète sucré avec dénutrition et acétonurie*.

Le malade reçoit de l'insuline jusqu'en janvier 1942. Les restrictions insuliniques de nos hôpitaux nous ont obligés à cesser celle-ci.

Nous avons soigneusement fouillé les antécédents de notre sujet. Nous rappellerons qu'il a 31 ans et qu'avant le mois de juillet 1939, il n'avait jamais été malade. Nous retrouvons tout au plus un tabagisme modéré que les circonstances actuelles ont supprimé. Il s'agissait d'un paquet de cigarettes pour deux jours. La syphilis a été particulièrement recherchée dans ses manifestations cliniques et biologiques (Milian) et nous n'avons rien trouvé. Ce malade est indemne de toute atteinte tuberculeuse ancienne et récente et n'est pas, de plus un éthylique, même léger.

Lorsqu'il nous raconte les troubles fonctionnels qui le gênent le plus, il insiste sur une difficulté à la marche et une lourdeur de ses membres inférieurs qui remontent au début de son diabète, au mois de juillet 1939. A cette époque, il présentait surtout une maladresse des membres inférieurs sans troubles de la sensibilité. Il n'a jamais eu de douleurs dans les jambes ni de troubles sphinctériens. Il est atteint depuis cette époque d'une impuissance sexuelle complète avec absence de libido.

Ces troubles sont restés inchangés; seules la lourdeur des jambes et la difficulté à effectuer une marche, même courte, ont augmenté d'intensité depuis l'arrêt de l'insuline.

A l'examen neurologique, nous trouvons :

— une abolition des réflexes rotuliens et achilléens ;
— une hypotonie considérable, talon à la fesse très facile, signe de Lasségue dépassant 140° des deux côtés ;
— dysmétrie nette dans l'épreuve du talon au genou ;
— sensibilité profonde, osseuse, musculaire et tendineuse diminuée ;
— force musculaire égale des deux côtés mais assez diminuée, la marche se fait à petits pas avec une fatigabilité rapide ;
— il n'y a pas de Romberg ;
— réflexe cutané plantaire en flexion ;
— pas d'amyotrophie.

Ceci pour les membres inférieurs; quant aux membres supérieurs, nous trouvons une aréflexie styloradiale et olécranienne avec réflexes bicipitaux normaux. Il y a une nette dysmétrie dans l'épreuve du doigt au nez sans adiadococinésie et un signe de Biernacki.

Les réflexes cutanéo-abdominaux sont normaux ; à la face, les pupilles sont égales, régulières et contractiles avec F. O. normaux.

Nous avons fait une ponction lombaire le 27 janvier 1942.

Cytologie	0,2 élément
Albumine	0,20
B. W.	négatif
Benjoin colloïdal	normal
Glucose	0,95
Pas de corps cétoniques,	

qui montre seulement une élévation du taux normal de la glycorachie.

Nous allons énumérer rapidement et sans commentaire d'autres résultats qui ont pour but de préciser le diagnostic et d'élucider quelques notions pathogéniques.

Trois examens électriques aux membres supérieurs et inférieurs, l'un avant tout traitement, l'insuline ayant été cessée depuis longtemps lorsque nous avons eu l'occasion de faire le diagnostic de sa polynévrite, l'autre après un traitement intensif par le facteur B et le troisième après reprise du traitement insulinique.

Le 12 mars 1942 : hypoexcitabilité nette aux deux courants au niveau des nerfs et muscles des membres inférieurs sans R. D.

Le 27 mars 1942 : *id.* Hypoexcitabilité sans R. D. aux membres supérieurs.

Le 1er avril 1942 : Membres supérieurs : normaux. Membres inférieurs : hypoexcitabilité bilatérale du nerf crural, du quadriceps, du sciatique poplité externe et des muscles de son territoire. Pas de R. D. Les muscles postérieurs de la cuisse et des jambes sont normaux.

— Les oscillations artérielles sont normales et égales aux deux membres inférieurs (mesurées avec un Pachon).

— Deux tubages gastriques ont montré une anachlorhydrie même après histamine.

Hcl libre	Hcl combiné	Hcl total
0	0	0,60

Un examen radiologique de son estomac et de son duodénum est normal.

Le dosage des vitamines dans le sang montre le 15 mars :

Vitamine C. 500 γ par 100 c. c. sang.
Vitamine A. 28 γ par 100 c. c. sérum.
qui sont des taux normaux.

Le régime de notre malade a toujours été assez bien équilibré en vitamines. Le traitement que les circonstances nous ont obligées à faire est le suivant jusqu'au mois d'avril 1942 :

— Vitamine B. Bénerva et Bévitine, injectable et *per os* tous les jours,
— et extrait hépatique : 1 c. c. par jour pendant deux mois sans résultats cliniques et électriques.

Insuline ensuite, 100 unités par jour, sans obtenir une désucration suffisante, mais avec reprise de l'état général, augmentation du poids et amélioration subjective de la force musculaire, l'examen électrique montrant une amélioration légère.

En résumé, notre malade présente *un diabète sucré avec dénutrition et acétonurie* et une atteinte nerveuse se traduisant par *une polynévrite à forme pseudo-tabétique.*

Nous rapportons sans hésiter l'origine de sa polynévrite au diabète. Nous ne ferons pas un long chapitre de diagnostic différentiel, les examens cliniques ou biologiques nous permettant d'affirmer l'inexistence de toute infection, intoxication ou auto-intoxication autre que son diabète comme ayant pu déterminer cette polynévrite.

Les polynévrites des diabétiques ont été signalées dans les travaux de Marchal (de Calvi) puis de Bouchardat.

En 1880, Worms décrit les névralgies des diabétiques, quatre ans plus tard, Bouchard insiste sur la fréquence dans le diabète de l'abolition des réflexes rotuliens, mais c'est surtout Charcot, en 1890 qui publie le premier cas de paraplégie diabétique et l'attribue à une origine névritique. L'étude de cette polynévrite devait s'achever l'année même avec la description histologique d'Auché ; quelques années plus tard Marinesco publie un nouveau cas de paraplégie diabétique et précise le caractère des lésions névritiques. Les complications névritiques du diabète ont été décrites par les auteurs classiques (Lyden, Charcot) et divisées ainsi :

1° Une forme sensitive, les névralgies constituant en général tout le syndrome ;

2° La seconde forme dite motrice, réalisant les paralysies périphériques ;

3° La troisième forme isolée sous le nom de pseudo-tabès diabétique est caractérisée par une paraplégie discrète, l'abolition des réflexes patellaires, des troubles importants de la sensibilité profonde, de l'ataxie, un signe de Romberg, des maux perforants, des douleurs fulgurantes, des crises gastriques, des paralysies oculaires, de l'impuissance et de l'amaurose. Mais par contre, les pupilles et le liquide céphalo-rachidien restent normaux.

Cette dernière forme est celle que présente notre malade. Elle a été décrite par Von Hosslin, Raymond, Pryce, Nannyn et Debove. Mais la discussion s'élève de suite quant à son étiologie spécifiquement diabétique. M. Labbé pense que cette forme aurait besoin d'être remise en discussion. Boulin n'en a jamais observé un cas (Boudouresque). Ils pensent qu'il est possible que l'on ait confondu le tabès accompagné d'une glycosurie avec le diabète compliqué de polynévrite.

Nous rappellerons qu'une observation de Rathery et Klotz rapportée à la Société médicale des hôpitaux de Paris en avril 1938, souleva des controverses qui firent intituler la réponse de Haguenau : « Existe-t-il une polynévrite diabétique ? ». Haguenau répondait à Rathery qui affirmait l'existence de polynévrite diabétique à forme de pseudo tabès que c'était encore une polynévrite « chez un diabétique ». Le début brutal, chez un diabétique de 59 ans avec troubles hépatiques après intolérance à des pilules de podophyllin belladoné du Codex, la coexistence de troubles cochléaires, le hoquet, la régression rapide, permettaient de penser qu'il s'agissait d'une polynévrite due à une infection à virus neurotrope d'abord diffuse, puis localisée.

Nous avons rappelé cette observation pour montrer qu'à la vérité, les malades dont les cas sont rapportés dans la littéra-

ture médicale, même récente, prêtent toujours à discussion. Les malades qui sont l'objet des publications sont pour la plupart assez âgés et il est ainsi d'autant plus facile de retrouver dans les antécédents une infection ou une intoxication qui sont immédiatement rendues responsables des troubles neurologiques. Ainsi, dans l'observation de Marinesco, nous retrouvons dans le compte rendu d'autopsie, l'existence de cavernes tuberculeuses, entachant ainsi l'unicité étiologique portée par l'auteur. Nous ne ferons pas état des observations de Pitres et Marchand qui sont biologiquement parlant insuffisantes pour établir avec certitude le diagnostic de polynévrite diabétique. Par contre, nous rappellerons que, dans une observation de Mauriac, Broustet et Fraissac, nous trouvons une paraplégie diabétique chez un jeune homme de 24 ans qui nous paraît bien être diabétique.

Il y a dans cette observation, un rythme singulièrement frappant et convaincant entre les troubles nerveux d'origine diabétique et leur amélioration avec la désucration obtenue par l'insuline.

Pour notre malade, nous n'avons pas pu obtenir l'argument thérapeutique d'une façon décisive, c'est-à-dire que l'insulinothérapie n'a pas encore beaucoup amélioré ses troubles nerveux, mais en procédant par élimination, il y a, de toute évidence, une relation de cause à effet entre diabète et polynévrite à forme de pseudo-tabès.

Il n'y a pas d'intoxication et d'infection qui puissent expliquer ce syndrome. L'éloquence des examens biologiques que nous ne rappellerons pas ici, le prouve abondamment. Nous n'hésitons pas à rapporter donc au diabète sa polynévrite ; quant à la filière pathogénique de ces troubles, nous verrons tout à l'heure comment on peut l'interprêter. Boudouresque, dans sa très belle thèse, n'hésite pas à conclure à l'existence des polynévrites diabétiques » qu'elles ne se voient guère au cours du diabète des enfants, des adolescents. Elles sont rares dans le diabète grave avec dénutrition azotée et acidose. Elles surviendraient par contre chez les adultes même âgés, présentant un diabète gras souvent compliqué d'altération du foie et des reins, ainsi que des lésions vasculaires ». C'est laisser, croyons-nous, la porte ouverte aux discussions, car ces malades ne peuvent plus entrer dans un cadre d'antécédents pauci-étiologiques. L'observation de Mauriac et la nôtre sont très nettement celles de diabètes graves avec dénutrition chez des sujets sans autres antécédents. Elles nous permettent donc de conclure *à l'existence de polynévrites diabétiques chez des diabètes graves avec dénutrition et acidose.*

Les lésions histologiques que nous retrouvons dans la littérature sont, comme pour les observations cliniques, celles de polynévrite dont on ne peut affirmer l'étiologie diabétique.

Pitres et Vaillard, dans leur traité sur les maladies des nerfs, avaient déjà posé les problèmes pathogéniques lorsqu'ils écrivaient : « aucun auteur n'est arrivé à déterminer, s'il s'agit d'une cachexie banale consécutive aux troubles généraux de la nutrition ou s'il existe un agent névritogène spécifique dérivé du métabolisme des sucres ». Expérimentalement, on n'est pas parvenu à reproduire les lésions nerveuses diabétiques, ni par des solutions sucrées au contact des nerfs (Auché), ni par l'acide diacétique ou l'acide oxybutyrique (Marinesco) ; l'acétone se serait montrée capable de provoquer quelques vagues lésions nerveuses, écrit Tinel.

Dans l'état actuel de nos connaissances biologiques, nous pouvons résumer ainsi qu'il suit les données des différents problèmes pathogéniques et les résultats obtenus jusqu'ici.

On ne peut imputer à l'hyperglycémie seule, de même qu'aux corps cétoniques, les troubles névritiques. S'ils n'ont jamais permis, en tout cas, de croire à l'intervention de ces facteurs. Il est, de plus, si courant de voir de vieux diabètes avec acidose ne jamais s'accompagner de troubles névritiques. L'alcool de son côté n'a jamais entraîné par lui seul des polynévrites, il faut d'autres éléments.

La découverte du facteur B, ses rapports si évidents cliniquement et expérimentalement avec les troubles névritiques ont amené quelque lumière. Ce facteur B, très complexe, où les auteurs modernes décèlent parmi d'autres, deux facteurs B1, antinévritique ou vitamine d'équilibre nerveux et B2, indispensable à l'organisme pour l'utilisation des glucides, (L. Raudouin et Simonet), a une action certaine dans les polynévrites, quelle que soit leur étiologie.

Y a-t-il dans le diabète et par exemple chez notre diabétique un trouble quantitatif dans l'apport quotidien alimentaire en facteur B ? La ration de ce malade avant et depuis les restrictions alimentaires est telle qu'elle nous permet d'affirmer que le facteur B a toujours été fourni en quantité suffisante. Depuis deux mois, il y a, de plus, sous forme d'injection et *per os*, le facteur B en grande quantité. Il est vrai que les lésions sont anciennes et par cela même irréversibles et telles que Weill et Mouriquand ont pu les reproduire expérimentalement. « Plus une maladie par carence dure, plus elle échappe en général à sa médication spécifique ».

A la suite de travaux de laboratoire, Mme L. Randoin écrit : « la quantité nécessaire et suffisante de vitamine B est d'autant plus élevée que le glucide présent dans la ration est plus directement et plus rapidement utilisable par l'organisme ».

Le cycle du métabolisme glucidique est considérablement troublé chez le diabétique. Le diabétique ne se contente pas d'utiliser plus rapidement le sucre, il le gaspille et ses besoins en facteur B s'accroissent d'autant. Un simple trouble alimentaire chez des sujets normaux en fournit encore la preuve.

Mouriquand appelle « facteur de révélation alimentaire », l'augmentation du besoin en vitamine B de l'organisme chez des sujets dont la ration est déséquilibrée. Ainsi un sujet chiziphage présentera des troubles névritiques avant le sujet hyperlipidique, et le premier est plus rapidement carencé en vitamine B, que le second, bien que l'apport soit le même.

On pourrait appeler cet élément, chez le diabétique, de trouble humoral le « facteur de révélation pathologique », et ainsi retrouver les auteurs classiques (Charcot) qui faisaient des troubles nerveux des symptômes révélateurs du diabète. Ceci nous permet de comprendre que l'amélioration du trouble humoral glucidique guérira les troubles névritiques au même titre que le facteur B donné à haute dose. L'observation de Mauriac est là pour le prouver. L'insuline seule en désucrant le malade a fait disparaître sa paraplégie. L'insuline agit sur le diabète et par ricochet sur le trouble avitaminique. La polynévrite est diabétique au même titre que l'on dit « polynévrite alcoolique ».

Il reste un autre élément d'explication, c'est l'insuffisance d'absorption des vitamines ingérées, par lésions de gastrite atrophique, comme on le rencontre dans la polynévrite alcoolique, le toxique ayant déterminé avant la polynévrite des lésions de l'épithélium gastrique.

Notre malade présente une anachlorhydrie marquée à plusieurs examens et après épreuve à l'histamine. Il y a là peut-être une nouvelle raison de croire à un défaut de facteur B par trouble d'absorption que révèle ce trouble physiologique du chimisme gastrique.

Labbé et Gringoire auraient de plus montré que le facteur B améliorerait le trouble humoral diabétique, la vitaminothérapie diminuerait à elle seule la glycosurie et la glycémie, le facteur B favorisant la glycogénèse.

Nous retiendrons de cette étude :

1° L'existence de polynévrite spécifiquement diabétique ;

2° L'existence de polynévrite diabétique à forme pseudo-tabétique ;

3° L'existence de polynévrite chez des diabètes graves avec dénutrition ;

4° La valeur diagnostique et pathogénique que l'on pourrait appeler « facteur de révélation pathologique » de la polynévrite ;

5° L'importance thérapeutique et prophylactique d'associer le facteur B en injection à l'insuline.

Bibliographie. — Importante bibliographie à voir *in* thèse. — BOUDOURESQUE. Marseille 1938 : Les polynévrites. — BUISSON : Les complications nerveuses du diabète sucré. *Marseille médical*, n° 25, 5 septembre 1935. — CAMUS, GOUNAY et LE GRAND : Lésions nerveuses et diabète. *Paris médical*, 6 octobre 1923. — HAGUENAU : Existe-t-il une polynévrite diabétique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 mai 1938 ; Les accidents nerveux du diabète. *Phare médical*, mars 1936. — KLOTZ : Les polynévrites alcooliques. Thèse Paris, 1937. — MILIAN : Stigmates de syphilis occulte. Acad. de méde-

cine, 2 septembre 1941. — NICOLESCO : Altération du S. N. central dans le diabète sucré. Soc. de biologie de Bucarest, 13 janvier 1926. — L. RANDOIN et L. LECOQ : Variations de la valeur du rapport des vitamines B aux glucides. Soc. de Biologie, 12 décembre 1931. — RACHERY et KLOTZ. : Existe-t-il une polynévrite diabétique. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 11 avril 1938. — RICHERI et LITTER : Polynévrite diabétique, son traitement par la vitamine B. *Semaine médicale*, 28 juillet 1938. — SICARD et RICHARDIERE : Complications nerveuses du diabète sucré. *In* : Traité de Brouardel et Gilbert. — VILLARET : Le problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 juillet 1936. — VILLARET, Justin BESANÇON et KLOTZ : *Id.*, novembre 1939.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la lithiase biliaire [1]

Par **Jean COTTET**

Suivant que l'on envisage le traitement de la lithiase biliaire du point de vue pharmacodynamique et expérimental ou du point de vue pratique, les tendances thérapeutiques ne sont pas semblables. Le pathogéniste cherche l'absolu, la guérison ; le clinicien essaie avant tout, et à juste raison, de rendre la maladie lithiasique « latente », suivant l'expression imagée de Chauffard.

Adoptant la pathogénie infectieuse de la lithiase biliaire, certains auteurs ont conseillé de nombreux médicaments dits antiseptiques : le bleu de méthylène, le benzoate et le salicylate de soude, l'iodure de potassium, l'urotropine, la trypaflavine, la gonacrine, le choléval (cholalate de soude et sels d'argent). Cependant, Abrami, dans un travail critique, fait remarquer que la désinfection du cholécyste est illusoire. Ce n'est pas seulement la bile qui est infectée, mais la paroi même de la vésicule et les calculs ; l'infection n'est pas toujours uniquement biliaire, elle a parfois sa source ailleurs dans l'organisme ; enfin, il ne faut pas oublier que, comme pour les voies urinaires, la présence de calculs maintient la chronicité de l'infection. D'ailleurs, Specht a remarqué que les antiseptiques que nous énumérions plus haut, ont un faible pouvoir bactéricide, à en juger par les prélèvements opératoires pratiqués après l'institution de telles thérapeutiques. Aujourd'hui, l'apparition des sulfamides nous donne un nouvel espoir, ces médicaments s'éliminant bien par la bile : d'après Hubbard et Butsch, le taux serait semblable à celui du sang pour le paraminophénylsulfamide ; il serait plus faible pour le sulfathiazol ; l'élimination serait irrégulière pour la sulfapyridine. Ces faits ont une certaine importance puisque l'activité anti-bactérienne des sulfamides est en rapport avec leur concentration.

La théorie pathogénique de la stase a orienté la thérapeutique vers les cholagogues, qu'il s'agisse de produits dont l'action est douteuse en tant que cholagogues, comme l'acide oléique et l'huile de Haarlem, de produits très actifs, mais que l'on emploie peu en pratique, comme l'extrait hypophysaire, l'acétylcholine et la pilocarpine, ou de produits fréquemment utilisés comme les peptones, le sulfate de magnésie, l'huile d'olive, le jaune d'œuf, le tubage duodénal.

Pense-t-on comme pathogénie à un processus d'instabilité du cholestérol, et l'on conseillera les sels biliaires qui passent pour être le solvant physiologique de ce stérol. Mais on oublie trop qu'il faut atteindre 80 grammes de sels biliaires par litre d'eau pour dissoudre quelque 20 centigr. de cholestérol anhydre par litre. D'ailleurs, nous avons vu, avec MM. Chabrol, Charonnat et Marcel Cachin, que s'il y avait un certain rapport entre les concentrations de cholestérol et de cholalate de soude dans la bile, il n'y a pas de rapport entre le pouvoir cholestérolytique d'une bile et sa concentration en cholalate de soude.

Admet-on que l'insuffisance hépatique est la cause essentielle de la lithiase biliaire, et l'on prescrira des extraits hépatiques, du boldo, du combretum, et des cures hydro-minérales à action spécifiquement hépatique.

(1) Leçon faite à la Clinique thérapeutique de Saint-Antoine (Professeur Loeper), le 14 mars 1942.

Après cette rapide revue de la pharmacodynamie de la lithiase biliaire, voyons comment se pose en pratique le traitement.

a) *Lithiase biliaire chronique* : L'hygiène de vie et le régime totalisent l'essentiel des conseils à donner au lithiasique: vie calme, aidée au besoin de calmants (passiflore, valériane, bromure de calcium, phényléthylmalonylurée), régime alimentaire d'où seront proscrits avec rigueur les aliments cholagogues (crème fraîche, œufs, huile), les aliments (chocolat, viandes faisandées, charcuterie, certains vins, alcools...) donnant des malaises à type de réaction d'intolérance tels que vomissements, migraines, urticaire ; enfin, on évitera les aliments apportant un excès de cholestérol : œufs, cervelle, abats.

Toute médication fluidifiante de la bile nous paraît intéressante par petites cures mensuelles d'une semaine par exemple. Si l'on reste attaché aux extraits de boldo, de combretum ou d'artichaut, à l'acide oléique, à l'huile de Haarlem dont les malades nous disent chaque jour les bons effets, nous faisons alterner ces médicaments avec l'acide déhydrocholique. Ce produit nous semble, par ailleurs, avoir aussi l'intérêt, en stimulant l'absorption des graisses, d'augmenter grandement le taux biliaire des acides non saturés de la bile, substances cholestérolytiques : nous conseillons des cures hebdomadaires, chaque mois, de un à trois comprimés de 0 gr. 30 par jour.

Mais surtout, dès qu'un lithiasique souffre, la médication sédative s'impose : après le repas, chaleur sur la région vésiculaire, antispasmodiques du type de la belladone, de la papavérine. Le gluconate de chaux, le bromure de calcium et le déhydrocholate de soude utilisés en injections intraveineuses, ont souvent d'heureux effets sédatifs sur des douleurs vésiculaires persistantes. Chez de tels malades, nous nous méfierons de la médication cholagogue, suivant l'enseignement de Chabrol et de Savy ; souvent elle provoque des douleurs et souvent les douleurs disparaissent chez des malades abandonnant ce traitement. Cependant, maniée avec prudence, elle peut rendre de grands services, surtout sur des phénomènes para-vésiculaires de la lithiase (nausées, inappétence, état saburral des voies digestives). En présence d'un lithiasique, on n'oubliera jamais que toute douleur du carrefour sous-hépatique n'a pas forcément une origine vésiculaire, qu'elle peut être soit gastrique, soit intestinale, et l'on se rappellera que si une cholécystite peut perturber le fonctionnement normal de l'intestin et de l'estomac, des troubles gastro-intestinaux retentissent fâcheusement sur la vésicule biliaire ; aussi, maniera-t-on souvent avec grand profit le sous-nitrate de bismuth à doses élevées, le kaolin, le carbonate de chaux, les antispasmodiques, les mucilages, l'huile de paraffine.

S'il y a de petits mouvements fébriles, on essaiera une thérapeutique anti-infectieuse prudente : benzoate et salicylate de soude, urotropine, et surtout le repos au lit et les cataplasmes chauds laudanisés, réservant les sulfamides pour les cas franchement plus graves.

L'hydrologie revendique les lithiasiques biliaires, qu'il s'agisse des eaux bicarbonatées sodiques (Vichy), apportant une action plus proprement hépatique et vésiculaire, qu'il s'agisse des eaux bicarbonatées calco-sodiques ou calciques (Vals, Pougues) à action plus spécialement hépatique, qu'il s'agisse d'eaux chlorurées magnésiennes (Chatel-Guyon) apaisant surtout des troubles intestinaux secondaires à l'infection biliaire, qu'il s'agisse d'eaux chlorurées sulfatées (Saint-Aré, Brides), qu'il s'agisse des eaux diurétiques calcaires ou oligométalliques (Vittel, Evian) où s'amélioreront les vésicules très douloureuses et les lithiases survenant chez les pléthoriques.

b) *Traitement des complications* : La colique hépatique nécessite évidemment le repos au lit, la diète hydrique, une injection de morphine. Parfois un petit lavement à garder, de 80 c. c. d'eau contenant 1 gr. 50 d'antipyrine et 20 gouttes de teinture de laudanum de Sydenham a une action analgésiante suffisante. Dans une colique vésiculaire qui se prolonge, on aura une action sédative heureuse avec des injections intraveineuses quotidiennes de un demi-milligramme de sulfate d'atropine mélangé à 1 ou 2 grammes de déhydrocholate de soude et associées au classique régime du lait écrémé de Gilbert.

Le traitement du calcul du cholédoque est, avant tout chi-

rurgical, voici une première notion *intangible*. Mais il en est une seconde *non moins intangible* : la minutie de la préparation du malade à l'intervention, en retenant cependant que ce traitement ne doit pas prolonger l'attente de l'acte opératoire. Tout en précisant le diagnostic, on préparera le malade par des injections quotidiennes d'extrait hépatique, par la prise de 50 à 60 grammes par jour de glucose, en y associant des injections d'insuline (10 unités par jour). Enfin, on pratiquera 4 ou 5 tubages duodénaux, suivant la méthode de Bengolea et Velasco Suarez et de Marcel Brulé. Ces tubages n'auront pas pour but l'expulsion du calcul du cholédoque, mais un meilleur drainage cholédocien et donc la désintoxication du malade.

L'angiocholécystite nécessite une collaboration médico-chirurgicale: à l'immobilité, à la glace sur le ventre, à la diète hydrique, on ajoutera une thérapeutique cholérétique et sulfamidée ; chaque jour une injection de 2 grammes de déhydrocholate de soude sera pratiquée et en même temps des sulfamides seront ordonnés *à doses élevées*. Caroly et Debouvry ont conseillé le déhydrocholate de soude associé à du sulfate d'atropine (un demi-milligramme) dilué soit dans une ampoule de 250 c. c. de Septoplix, soit dans une ampoule de Soludagénan étendue de 250 c. c. de sérum physiologique. Si les résultats sont bons dans l'angiocholite pure, ils semblent beaucoup moins favorables dans l'angiocholécystite, la première est avant tout, ne l'oublions pas, une affection canaliculaire, la seconde une affection parenchymateuse.

Nous résumerons cette courte étude thérapeutique par cette phrase de Fiessinger : « Associant l'énergie à la prudence suivant les périodes, le médecin obtiendra d'excellents résultats sur les symptômes de la lithiase, il est vrai, plus que sur la lithiase elle-même ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1942

Sur les intoxications par les arsenicaux. — *M. Perrot* fait remarquer que s'il avait été fait diligence pour les examens chimiques on eut évité l'extension de l'empoisonnement.

Si l'arseniate de plomb avait été coloré comme le prescrit la loi, l'addition de cette substance toxique n'aurait pu se produire.

Après cette intervention, l'Académie demande qu'une enquête soit faite sur les accidents en question et que les pouvoirs publics veillent à la stricte observance des règlements en vigueur.

La farine blanche comme aliment de régime. — Après rapport de *M. Lapicque*, l'Académie demande que les consommateurs puissent, en échange d'une quantité correspondant de tickets, obtenir de la farine de froment au taux d'extraction 80 %.

La pression artérielle chez les amputés de guerre. — *MM. Balthazard* et *Routier*. — Jusqu'à 43 ans, la pression artérielle des amputés reste sensiblement normale : à partir de 43 ans (deux ans plus tôt que normalement), elle se relève modérément. Puis à partir de 52 ans, elle s'accroît rapidement pour arriver à dépasser les valeurs normales de 40 m. m. A 58 ans, la courbe descend et tend à 65 ans vers les valeurs initiales de la quarantaine.

La Mn suit les variations de la Mx avec une amplitude amoindrie.

Conserves ménagères et botulisme. — *MM. Legroux* et *Jéramec*. — Les intoxications botuliques deviennent plus fréquentes depuis qu'on fait des conserves ménagères.

Aussi les auteurs recommandent :

De ne conserver ni viande ni légumes en ville où ils parviennent trop lentement.

De ne pas préparer de conserves pendant les jours chauds et surtout après une brusque dépression barométrique.

Les solutions salines, les saumures ne tuent pas les microbes présents dans les aliments.

On ne consommera jamais une conserve qui semble altérée sans l'avoir portée à l'ébullition à feu nu, assez longtemps et en remuant constamment pour assurer la destruction des microbes.

La nocivité d'une conserve ne doit pas être jugée par son odeur ; certains aliments où s'est développé le microbe présentent parfois des odeurs aromatiques et non putrides.

De l'intérêt nutritif et de l'utilisation pratique des levures (saccharomyces cerivisiae). — *M. R. Jacquot*. — Les levures sont susceptibles de constituer un aliment azoté intéressant et un apport vitaminique de premier ordre (vitamines du groupe B-). On peut les consommer soit à l'état de farine éclatée (levures de mélasses), soit après un traitement industriel destiné à pallier au goût amer ou nauséeux. De toutes les techniques utilisées (désamérisation alcaline, hydrolyse acide, plasmolyse, autolyse, etc.), seule l'autolyse est rationnelle, tant au point de vue économique que scientifique ; les autolysats de levures renferment la presque totalité des vitamines et des principes azotés de la levure.

La lutte contre les rats doit prendre un caractère national. — L'Académie de médecine, sur l'intervention de ***MM. Gabriel Petit*** et ***Auvray*** et après avis d'une Commission d'études spécialement désignée, a émis un vœu fortement motivé, demandant instamment au Gouvernement de rendre la dératisation immédiatement *obligatoire* dans la métropole et dans tout l'Empire, et de créer un *Office national spécialisé*, pour organiser scientifiquement la lutte contre un fléau devenu catastrophique.

Election de deux correspondants nationaux dans la IIe division (Chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

Classement des candidats. — En première ligne : MM. OKINCZYC et REEB.

En deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. ANDERODIAS (de Bordeaux), FIOLLE (de Marseille) JEANNENEY, (de Bordeaux), LEPOUTRE (de Lille), SANTY (de Lyon).

Adjoint par l'Academie : M. LAFFONT (d'Alger).

Premier scrutin : M. OKINCZYC est élu par 55 voix contre 1 à M. FIOLLE, 1 à M. JEANNENEY, 1 à M. LEPOUTRE, 1 à M. LAFFONT.

Deuxième scrutin : Obtiennent : M. REEB, 25 voix ; M. JEANNENEY, 10 voix ; M. LEPOUTRE, 7 voix, M. ANDERODIAS, 5 voix ; M. FIOLLE, 4 voix ; M. LAFFONT, 4 voix.

Troisième scrutin : M. REEB est élu par 21 voix contre 6 à M. JEANNENEY, 5 à M. LEPOUTRE, 2 à M. ANDERODIAS, 2 à M. FIOLLE, 1 à M. LAFFONT.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1942

Déchirure du mésentère au cours des contusions de l'abdomen. — *M. Siméon*. — A propos d'une lésion mésentérique grave, fait une revue analytique des divers degrés de l'atteinte du mésentère lors des contusions abdominales et montre qu'elle oblige toujours à l'intervention (M. PATEL, rapporteur).

Cancer du cholédoque. — *M. Favre* apporte plusieurs radiographies d'un choledoque atteint d'un cancer en virole. Ces cliches ne montrent qu'une image de compression du type des obstacles extrinsèques et ne permettent pas de diagnostic.

Hernies diaphragmatiques étranglées. — *M. Mario Lebel*. — Deux observations affirmant la longue tolerance de certaines hernies diaphragmatiques étranglées et l'interêt de la thoraco-phréno-laparotomie pour les traiter. (M. PATEL, rapporteur).

La gastrectomie totale. — *M. d'Allaines* fait état de vingt observations rassemblées à l'Académie avec neufs morts. Technique : avoir une bonne visibilité sur l'œsophage, l'abaisser de quelques centimètres. Tout faire pour eviter la désunion des sutures : prendre une anse longue, la fixer au diaphragme. Alimenter le malade par une voie détournée. Possibilité d'ajouter une splénectomie. On réservera l'intervention aux tumeurs gastriques débordant les limites habituelles de la gastrectomie subtotale. Les indications seront sans doute étendues plus tard. Les résultats montrent que les malades s'alimentent bien ultérieurement et ne font pas d'anémie.

Gastro entérostomie et gastrectomie. — *M. Sylvain Blondin* donne des arguments qui le montrent partisan systématique de la gastrectomie.

A propos de l'hyperfolliculinie. — *M. Desmarest* revient sur la dysharmonie hypophyso-ovarienne, qui produit dans l'organisme des altérations cellulaires, origine de fibromes et de mastopathies. L'hyperplasie endométriale n'a peut-être pas la valeur d'un test absolu . il y a des cas ou hyperfolliculinie existe avec un test négatif ; il y a des muqueuses non réceptives.

Ostéochondrite ischio-pubienne. — *M. Huc* prouve que les lésions du fond du cotyle jouent un très grand rôle dans la pathologie de la hanche et le devenir des arthrites. Il est probable aussi que le développement même de ce fond a une action sur la pathogénie des luxations congénitales. L'auteur appuie son exposé de clichés radiographiques expressifs montrant des ostéochondrites ischiopubiennes du fond du cotyle en particulier.

M. Sorrel fait rentrer ces ostéochondrites dans le cadre des épiphysites de l'adolescence.

M. Richard a vu cinq images d'ostéochondrite prouver par l'évolution leur nature tuberculeuse.

M. Lance insiste sur la fréquence de certaines arthrites entre 7 et 9 ans. On y voit souvent dans le fond du cotyle des taches de densification correspondant à des points cotyloïdiens surnuméraires. Les ostéochondrites du fond du cotyle peuvent être essentielles sans évoluer vers la tuberculose mais cette éventualité est rare.

Epididymite lymphogranulomateuse. — *MM. Sicard* et *Léger* ont vu une épididymite due à la maladie de Nicolas-Favre. L'épididymectomie bilatérale a permis de faire la preuve biologique de l'étiologie. C'est un des rares cas de cette localisation.

Ostéolyse des os du carpe et de la main, consécutive à un endothéliome. — *M. Cadenat.*

Résultat éloigné de résection modelante du rebord cotyloïdien dans l'arthrite sèche de la hanche. — *M. E. Sorrel.*

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet 1942

Agranulocytose et ictère grave avec sulfamidothérapie. — *MM. Mondor* et *J. L. André* communiquent l observation d'une enfant de 13 ans qui traitée par les sulfamides pour une broncho-pneumonie fit, après absorption de 33 grammes de Dagénan en vingt jours une agranulocytose particulièrement sévère (800 globules blancs, absence de polynucléaires) compliquée d'ictère et d'escarres multiples. Un traitement comprenant des nucléotides, de l'extrait hépatique, de la vitamine C permit une guérison complète de la malade.

La carotinémie, diagnostic différentiel de l'ictère. — *MM. Mondon* et *Cras* communiquent le cas d'un sujet dont l'alimentation comprenait des végétaux particulièrement colorés (courges, carottes) et qui fut hospitalisé pour ictère. Les selles étaient normales, il n'existait aucun signe d'ictère hémolytique. Le diagnostic d'abord hésitant fut rapidement éclairé par un dosage de carotène qui existait dans le sang à un taux particulièrement élevé (5 milligrammes).

Sulfamidométhylthiodiazol (2145 R P) et staphylococcies de la face. — *MM. J. Célice, R Monod* et *P. Milliez* relatent une observation de staphylococcie maligne de la face, considérée comme fatale après échec d'autres médications qui, malgré la gravité des signes locaux et généraux, l'extension à l'orbite et la présence durant douze jours de staphylocoques dorés dans le sang, évolua vers la guérison après ingestion en vingt jours de 166 grammes de sulfamidométhylthiodiazol (2145 RP) sans modification de la formule sanguine et avec disparition de l'albuminurie.

MM. Célice et *Durel* insistent sur les bons résultats obtenus dans les staphylococcies par le sulfothiazol (2090 R P) et récemment également par la sulfothiourée (2255 RP).

M. Lemierre s'élève contre l'emploi du propidon dans les staphylococcies de la face.

M. Flandin estime qu'il faut faire dans ces cas une thérapeutique locale par des lysats sous cutanés.

M. Jausion pense qu'on peut obtenir des résultats intéressants avec le propidon à petite dose, qui peut presque réaliser une vaccination.

M. Fiessinger — Le propidon ne peut pas être considéré comme un vaccin; il n'en reste pas moins qu'il doit être donné par petites doses, qui n'atteignent jamais les doses chirurgicales.

Utilisation clinique des antihistaminiques de synthèse (2339 R P). — *MM. J. Célice, M. Perrault* et *P. Durel* ont utilisé le 2339 RP qui est relativement très peu toxique mais remarquablement actif et possède des propriétés antihistaminiques aussi bien chez l'animal que chez l'homme. On les met en évidence par l'action sur la réaction histaminique cutanée obtenue par intradermo-réaction.

En clinique les auteurs ont utilisé surtout la voie buccale. La posologie est fixée en pratique par la tolérance de l'organisme. En effet, on peut observer des troubles gastriques : nausées, vomissements. Ces troubles sont sans doute d'origine locale, mais le médicament a une action centrale qui se traduit alors par des vertiges ou une sensation de vide dans la tête. La tolerance gastrique est meilleure, semble-t-il, si l'on donne le médicament à la fin du repas ou un peu après, ou bien si on le prend avec du sucre. Quelquefois ces troubles s'opposent à la continuation du traitement, plus souvent ils sont supportables et tendent d'ailleurs à s'atténuer si l'on continue le traitement. Habituellement on arrive facilement à faire tolérer 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de produit par jour. En principe, les comprimés sont pris un à un, mais il y a quelquefois intérêt à donner deux comprimés d'un coup une heure avant le maximum prévu des troubles que l'on prétend calmer.

Dans la maladie sérique les auteurs donnent les deux premiers jours 0 gr. 60 puis descendent rapidement à 0 gr. 40 ; le traitement ne dépasse guère cinq jours. Il ne faut toutefois pas l'interrompre prématurément, une reprise des phénomènes étant alors possible. Les résultats ont été dans l'ensemble très bons : sur 23 cas traités, 16 résultats satisfaisants, 3 intolérances, 4 cas douteux.

Dans l'urticaire, les résultats obtenus se rapprochent des précédents bien que certains cas résistent ; les résultats les meilleurs sont obtenus dans les urticaires d'origine digestive, les plus sensibles d'ailleurs à toute thérapeutique. La posologie est la même. L'œdème qui accompagne l'éruption sérique ou l'urticaire obéit également au traitement.

Dans l'asthme, le 2339 amène, lorsqu'il est supporté, une sensible amelioration : les crises, atténuées, s'espacent ou ne se reproduisent plus ; l'adrénaline n'est plus nécessaire ; dans le rhume des foins, la rhinorrhée et les éternuements cessent. Certains malades en état de mal ont eu la vie transformée, pouvant sortir, avoir une activité normale. Il y a cependant des échecs dus généralement au fait que les asthmatiques, malades fragiles, tolèrent mal le médicament : parfois aussi, malgré des doses moyennes ou fortes, l'amélioration est peu nette, c'est le cas surtout des asthmes « humides ».

On peut donc considérer que la thérapeutique clinique s'est enrichie d'un médicament de premier ordre dont le seul inconvenient est la tolérance parfois précaire. Sans préjuger du mécanisme intime en cause, on peut considérer le 2339 RP comme un antihistaminique vrai.

M. Mollaret. — Il s'agit d'une médication physiologique : il n'y a pas antidotisme ni neutralisation directe ; il n'y a pas non plus d'accoutumance. Ces médications s'adressent à des réactions végétatives sans cesse en mouvement, aussi les doses utiles varient d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre.

M. Fiessinger. — Le dosage physiologique de l'histamine est erroné. Le dosage chimique sur permutite montre qu'il n'y a aucun rapport entre l'importance des réactions d'urticaire et la charge sanguine en histamine. Aussi faut-il agir plus sur les réactions du terrain que sur l'histamine elle-même.

Réticulose érythrodermique avec réticulémie. — *MM. A. Sézary* et *M. Bolgert* présentent une malade de 66 ans, atteinte depuis neuf mois d une érythrodermie totale, faiblement desquamante, non suintante, très prurigineuse, avec adénopathies peu accusées, sans splénomégalie, sans atteinte de l'état général. La biopsie cutanée montre un infiltrat du derme superficiel par des cellules de divers types, appartenant toutes à la lignée réticulo-endothéliale. La biopsie ganglionnaire révèle une réaction réticulaire banale. Dans le sang, leucocytose avec mononucléose et présence de cellules, de la série réticulaire. Il s'agit donc d'un cas d'érythrodermie avec réticulose, avec présence de cellules réticulaires dans le sang (histio-leucémie ou reticulémie). Cette affection, très

rare, est l'homologue des érythrodermies leucémiques, mais les organes hématopoïétiques ne participent pas au processus dont l'origine se trouve dans les proliférations métatypiques du système réticulo-endothélial.

Xantochromie cutanée par hypercarotinémie. — *MM. C. Lian* et *Alhomme* mettent en relief la fréquence relative actuelle de ce syndrome où la coloration jaune-orangé des téguments est palmo-plantaire ou généralisée, sans coloration des conjonctives. La cause réside dans le déséquilibre alimentaire actuel, trop riche en légumes, trop pauvre en graisses et en viande, et insuffisamment nutritif (fréquence de la coexistence de l'anémie et des œdèmes de dénutrition). L'apparition de l'hyperparotinémie et de la xantochromie cutanée implique une susceptibilité individuelle dont on ne peut préciser la nature. La teneur du sang en vitamine A était légèrement inférieure à la normale malgré la surcharge considérable en carotène. Ces faits rapprochés des cas déjà publiés montrent que la xantochromie cutanée par hypercarotinémie s'observe surtout en hiver et au printemps (possibilité d'une plus grande teneur saisonnière des légumes en carotène).

Les variations du volume du cœur dans le traitement hormonal de la maladie d'Addison. — *MM. C. Lian, J. Facquet* et *Alhomme* ont étudié par des téleradiographies en série les variations du volume du cœur sous l'influence de la désoxycorticostérone. Dès les premiers jours du traitement, le cœur augmente de volume ; ultérieurement le volume du cœur s'accroît ou décroît parallèlement aux doses prescrites. Dans la genèse de ces variations volumétriques intervient surtout l'influence considérable de l'hormone cortico-surrénale sur le métabolisme de l'eau. Peuvent intervenir aussi, mais à un degré moindre, les variations de la tension artérielle, lesquelles d'ailleurs peuvent elles-même dépendre pour une part des modifications de la masse sanguine et de la teneur des tissus en eau.

Les constatations faites dans ces deux observations conduisent à penser que le cœur est en général petit dans la maladie d'Addison.

L'étude radiologique du volume du cœur mérite d'être faite en série chez tous les malades soumis à la désoxycorticostérone, car elle constitue un test précieux dans la surveillance de ce traitement.

Séance du 10 juillet 1942

Sur l'action d'un diurétique mercuriel dans un nouveau cas de diabète insipide. — *MM. J. Decourt* et *R. Bartin.* — L'injection d'un diurétique mercuriel réduit globalement la polyurie au cours du diabète insipide. Mais cette action paradoxale n'est qu'apparente car le composé mercuriel réduit la polyurie globale en diminuant la soif ; et cette action sur la soif résulte des modifications apportées à l'équilibre hydrochloruré des tissus. Les auteurs notent, dans ce cas, après l'injection de Neptal, une diminution de la chlorémie plasmatique et une augmentation importante de l'hydrémie globulaire, ce qui aboutit à une diminution de la pression osmotique du milieu intérieur et des tissus.

Diabète insipide et lipomatose sous ombilicale. — *MM. J. Decourt* et *M. Audry* rapportent deux observations où l'on voit une lipomatose sous-ombilicale associée à un diabète insipide, et, à ce propos, soulignent la part qui revient aux centres neuro-végétatifs du diencéphale dans la régulation topographique du tissu graisseux. Il semble exister à l'étage cérébral de la régulation neuro-végétative une représentation métamérique particulière de l'organisme.

Méningite à pneumocoques guérie par les sulfamides. — *MM. Mondor, André* et *Blein* ont observé une méningite pneumococcique, à la suite d'une otite aiguë, qui guérit rapidement avec 62 grammes de Dagénan et 55 grammes de Septoplix *per os.* La voie rachidienne n'a pas été utilisée. Cette méningite ne laisse aucune séquelle.

Rôle des protides du sang dans l'œdème de dénutrition. — *MM. H. Gounelle, J. Marche* et *M. Bachet* rappellent qu'a l'étranger, le mecanisme communement admis pour expliquer les œdèmes de dénutrition est l'hyposérinémie qui, par diminution de la pression osmotique, conditionnerait l'œdème. Mais les auteurs soulignent l'existence d'œdèmes avec sérinémie normale, la possibilité au cours de l'évolution d'œdémateux asséchés par déchloruration de déceler une hyposérinémie malgré l'absence d'œdème, et enfin le fait que, dans la période précédant l'œdème, ils n'ont jamais pu constater d'abaissement de la sérine. Dès lors, l'on peut se demander s'il est légitime de considérer l'hyposérinémie comme cause de l'œdème, car elle peut en être simplement la conséquence.

Certains signes cliniques de l'œdème de dénutrition militent en faveur de désordres vasculaires et neuro-végétatifs qui pourraient être le fait de perturbations endocriniennes pluriglandulaires et à cet égard, la polyurie, l'aménorrhée, la bradycardie, l'hypotension, certains états cachectiques prolongés malgré suralimentation orientent comme hypothèse d'etude vers un dérèglement hypophysaire.

L'intoxication par le sélénium. — *MM. M. Duvoir, R. Davous, L.-G. Amiot* et *L. Truffert* ont étudié l'intoxication par le sélenium dans une usine où sont fabriqués des redresseurs de courants électriques. Un seul sujet fut sérieusement atteint. Il présenta l'odeur alliacée de l'haleine et de la sueur qui est le signe majeur de cette intoxication. En outre : asthénie, laryngite, épistaxis, gingivorragies et surtout anémie avec neutropénie (25 %) sur laquelle l'hépatothérapie eut une action heureuse très nette. Le sélénium fut dosé dans l'urine. Un autre chef d'équipes présenta également de la laryngite et un chef de laboratoire une anémie très nette. Enfin plusieurs ouvrières se plaignirent d'asthénie, de laryngite et d'aménorrhée.

Mégacôlon chez un toxicomane disparaissant après désintoxication. — *MM. P. Hillemand, Ch. Durand, P.* et *R. Nalpas* rapportent l'observation d'un malade ancien morphinomane intoxiqué par le déhydroxycodéïnone et porteur d'un volumineux mégacôlon qui disparut au cours d'une désintoxication devant précéder l'exérèse chirurgicale. Les auteurs considèrent que le toxique a agi par Inhibition du parasympathique en entraînant une contracture des fibres du sphincter anal et une atonie des autres fibres musculaires coliques.

Ils rapprochent ce fait des observations du mégacôlon secondaires à une atteinte du système nerveux central, à une insuffisance thyroïdienne, et proposent de grouper tous ces cas sous le nom de mégacôlon fonctionnel. Celui-ci s'oppose aux mégacôlons secondaires, à une bride, à une sténose, à un volvulus incomplet d'une anse sigmoïdienne, à la maladie de Hirschprung.

Les mégaœsophages fonctionnels. — *MM. P. Hillemand, E. Chérigié, L. Faulong, Andoli* et *Berthet* rapprochent la pathogénie du mégaœsophage de celle du mégacôlon.

Ils proposent de diviser les mégaœsophages en trois groupes : le mégaœsophage congénital, le mégaœsophage secondaire et le mégaœsophage fonctionnel. Ce dernier serait dû à une excitation sympathique qui détermine un cardiospasme et une diminution du tonus de la musculature œsophagienne d'où distension de l'organe. Les auteurs apportent deux cas, dans lesquels une infiltration du splanchnique gauche a permis le passage quasi immédiat de la substance opaque à travers le cardia et l'évacuation rapide de l'œsophage. L'une des malades a été opérée : résection du splanchnique gauche à la hauteur de la corne externe du ganglion semi-lunaire et ablation du ganglion sympathique premier lombaire gauche. Depuis l'intervention la dysphagie a disparu, le transit cardiaque est devenu normal et la distension œsophagienne a diminué.

Kyste épidermoïde du crâne. — *MM. Etienne May, Ch. Debray, Mlle Gauthier-Villars* et *Gujon* publient une observation de kyste épidermoïde du crâne avec exophtalmie et vaste lacune crânienne et qui simulait de très près une maladie de Schuller-Christian. L'âge plus avancé des malades, l'unilateralité de l'exophtalmie, l'absence de diabète insipide associé sont les éléments principaux de ce diagnostic difficile.

L'anasarque sans albuminurie des diarrhées incoercibles. Importance du facteur hépato-pancréatique. — — *MM. Etienne Chabrol, Jean Sallet, M. Cachin* et *H. Tetreau* rapportent deux observations de ce syndrome et insistent sur la dégénérescence graisseuse massive que peut présenter en pareil cas la cellule hépatique. Chez les deux malades on notait un abaissement du rapport sérine-globuline, une lipoïdémie faible, une glycémie élevée. L'un deux était porteur depuis neuf ans d'une atrophie scléreuse du pancréas et présentait depuis neuf ans une diarrhée huileuse. L'anasarque n'apparut chez lui que dans les dernières semaines de

la vie en même temps que la dégénérescence graisseuse du foie. Ces observations se rattachent au problème des œdèmes sans albuminurie.

L'hypervitaminose A et l'abaissement du métabolisme basal dans la carotinémie. — *MM. Dumpt* et *Duvoir* rapportent un nouveau cas de carotinémie avec abaissement du métabobisme basal à — 25 % et insistent sur le caractère quasi-expérimental de la carotinémie réalisée par l'ingestion presque exclusive de carottes. Ils soulignent les relations étroites de l'hypervitaminose A et de l'abaissement du métabolisme basal.

Epithélioma malpighien du genou. — *MM. P. Nicaud* et *A. Sicard* rapportent le cas d'un épithelioma malpighien du poumon décelé à l'occasion d'un dépistage radiologique sous forme d'une image sphérique très régulière ne s'étant accompagnée pendant de longs mois d'aucun signe physique ni fonctionnel. Au bout de quelques mois apparurent des douleurs et des modifications de l'état général qui justifièrent une intervention. Celle-ci permit de découvrir un néoplasme déjà envahissant bien que limité par une sorte de coque et propagé vers le pédoncule gauche. La mort survint brusquement vingt-trois jours après l'opération et on découvrit alors une thrombose de l'artère pulmonaire et un envahissement massif de l'origine de la bronche gauche ainsi que des ganglions pré-trachéaux.

La tumeur, de consistance très dure, était constituée par des bourgeons multiples de type malpighien sans différenciation cornée, engaînés par un stroma assez épais. Une nécrose importante avait déjà frappé de vastes bourgeons. La coloration au mucicarmin n'a pas permis de penser à une origine glandulaire bronchique.

Les images radiologiques des cancers du poumon. Leurs rapports avec les examens histologiques. — *M. P. Nicaud* insiste sur la très grande variété des images radiologiques des cancers du poumon. Il étudie les images de deux néoplasmes à petites cellules considérées comme des épithélio-sarcomes-néoplasmes déjà en voie d'essaimage avec métastases multiples et celle d'un réticulo-endothélio-sarcome de la plèvre. Les images présentent presque toujours de grandes difficultés d'interprétation. La tumeur a été, dans tous ces cas particuliers, étudiée au point de vue histologique.

Œdèmes par carence ou déséquilibre alimentaire. — *MM. P. Nicaud, M. Rouault* et *H. Fuchs* rapportent six observations d'œdèmes par carence chez des malades de 45 à 65 ans. Ces œdèmes sont précédés d'amaigrissement, d'asthénie, de petits épisodes diarrhéiques associés à une augmentation de l'appétit. Les œdèmes sont d'abord passagers, puis deviennent permanents, localisés aux membres inférieurs mais peuvent être généralisés.

L'examen des appareils est négatif. On retrouve chez tous ces malades : la bradycardie (40 à 56), l'hypotension, l'hypothermie, l'appétit et la soif très augmentés, la polyurie dès le repos couché souvent supérieur à 3 litres 500 d'urines pâles sans sucre, sans albumine, l'amaigrissement de 3 à 5 kilos, l'asthénie, l'anémie (3.000.000). Le psychisme est eteint ou ralenti. Le repos seul peut faire disparaître les œdèmes, mais laisse souvent persister l'anémie et l'amaigrissement. Les petites transfusions répétées constituent la thérapeutique la plus efficace associées au régime carné.

Les examens humoraux et biologiques n'ont montré qu'une modification constante : l'augmentation de l'azote résiduel et de l'azote non parotidique ainsi que celui de la réserve alcaline. Les chiffres des lipides et du cholestérol ont été sensiblement normaux. Quant aux protides, la sérine est souvent diminuée, la globuline plus rarement.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1942

Le Docteur Charry traite des fractures du coup de pied sous la Révolution et l'Empire. Après avoir rappelé qu'Hippocrate est le seul auteur de l'antiquité qui en ait parlé il arrive directement à Dupuytren et à la fracture de l'extrémité inférieure du péroné qui porte son nom ainsi qu'à sa méthode de réduction.

Le Docteur Vié donne sur les maladies et la psychopathologie de Martin Luther une très longue et très belle etude. Luther fut atteint de lithiase rénale et mourut d'une crise d'angine de poitrine. Mais c'est le côté psychopathique qui présente le plus d'intérêt car il met en évidence les rapports du génie et de la psychose. L'auteur examine comment, sur un fond cyclothymique, cette grande figure fut tourmentée par une suite d'angoisses, d'obsessions et d'hallucinations que seule la musique parvenait à calmer.

Le Docteur Souques envoie une note sur les Présages médicaux de Tacite et *le Docteur R. Molinéry* une Histoire des colonies Thermales et climatiques en France.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 juin 1942

Infantilisme utérin et fibrome bilatéral des ligaments larges. — *M. Burty* au nom de M. Bonamy, rapporte le cas d'une malade de 45 ans atteinte de cette affection et traitée par hystérectomie.

Cathétérisme urétéral unilatéral donnant une phélographie bilatérale par reflux de vessie intolérante. — *M. Burty* presente au nom de M. Bonamy ce cas observé chez une jeune fille de 20 ans atteinte de tuberculose rénale droite. C'est dans l'urétère gauche, alors que le cathéter était dans le droit, que se produisait le reflux.

Un cas de thrombophlébite dite « par effort » du membre supérieur. — *M. P. Le Gac* présente un malade chez lequel l'origine infectieuse de la thrombose était certaine. Il s'est contenté du traitement médical. Il se pose la question de savoir si vraiment les manœuvres chirurgicales, infiltration ou résection stellaire, résection de la veine, sont indiquées. Obtient-on alors une guérison plus rapide et plus complète ? Le Gac est partisan de réserver ce dernier traitement aux cas où la résorption de l'œdème est particulièrement longue.

Un cas de suppuration parotidienne au cours d'une poussée d'oreillons. — *M. Bovier* rapporte un cas de cette affection qui, malgré sa rareté et malgré les notions classiques, semble lui donner toutes les garanties d'authenticité désirable.

A propos de quelques cas de diverticules de Meckel. — *M. Masmonteil* rappelle à propos de trois cas, l'importance du syndrome jumelé de troubles digestifs et d'hémorragies rectales de sang rouge et souligne la parenté clinique des lésions de cet organe avec celles de l'estomac.

Diverticulite sigmoïdienne. — *M. Masmonteil* présente la pièce opératoire d'un sigmoïde enlevé sur une longueur de 30 cent. et montrant de multiples lésions caractéristiques de cette affection. Dr G. Luquet.

Les dessanglés du ventre. Maladies par relâchement des parois et organes abdominaux, par le Docteur L. Chauvois. In-8, 1942, 192 pages, 110 figures, 7 planches, 60 francs. Maloine, éditeur.

Cette troisième édition comporte, sur la précédente déjà notablement augmentée, certains passages additionnels destinés à mieux faire saisir encore l'importance de cette grave question.

Le régime des cardiaques, par M. Lian. 1942. Un volume in-8, 48 pages, 18 francs. Baillière, éditeur, Paris. Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ».

L'originalité et l'intérêt pratique caractérisent ce petit volume.

Vie et probabilité, par Pierre Vendryes. Un vol., 39 francs. Collection « Sciences d'aujourd'hui ». A. Michel, éditeur, Paris.

M. Vendryès cherche à interpréter les faits fondamentaux de la biologie et de la physiologie en y introduisant les notions d'indépendance, d'automatisme et d'autocinèse et à montrer comment le calcul des probabilités pourrait peut-être permettre de faire une véritable théorie des phénomènes de la vie, phénomènes si différents par leur caractère d'organisation de ceux que présente la matière inerte. Que la biologie, en nous délivrant des rigueurs du déterminisme intégral, nous rende notre liberté et notre possibilité de croire en l'avenir. La nature inanimée ne contient pas de liberté. Il faut la gagner sur elle et malgré elle ».

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

La fréquence de la tuberculose dans l'armée

La radioscopie systématique pratiquée dans l'armée depuis cinq ans a permis de découvrir un plus grand nombre de tuberculeux, sans qu'on constate pour autant une augmentation du nombre total des réformes. Elle a permis, dit M. Aujaleu (*Revue de la tuberculose*, janvier-février 1942) un diagnostic plus précis des maladies ou des séquelles de maladies, présentées par les sujets examinés. Grâce à elle un grand nombre de sujets peu robustes, ou atteints d'affection bénigne de l'appareil respiratoire, ont été conservés dans l'armée par suite d'une appréciation plus juste de leur aptitude au service.

L'étude de la morbidité par tuberculose montre que l'application de la radioscopie n'a pratiquement pas diminué le nombre des cas de tuberculose découverts chez les militaires entre le troisième mois de service et la libération.

La radioscopie systématique n'en est pas moins très utile. Elle a libéré l'armée d'un nombre important de tuberculeux qui ignoraient leur maladie et qu'autrefois on n'écartait pas du service militaire. Grâce à elle, ces malades ont pu se soigner précocément et, par suite, guérir plus facilement ; grâce à elle, ils n'ont pu infecter certains de leurs camarades à la caserne et ont cessé d'être des foyers de contamination occulte dans leurs familles.

Chirurgie et curiethérapie dans le cancer du col utérin

M. J.-L. Faure (*Presse médicale*, 20 juin 1942), qui fut un des premiers à pratiquer l'hystérectomie, affirme que c'est, non par la curiethérapie, mais par l'opération, qu'on guérit le plus grand nombre de cancers du col.

La seule objection qu'on puisse opposer à cette opération, celle de sa gravité, n'existe plus depuis que l'on pratique le drainage au Mickulicz. Actuellement, 90,60 % des malades opérées par J.-L. Faure étaient guéries après cinq ans. Le traitement par le radium ne donne pas d'aussi beaux résultats.

Il est bien évident que ces résultats ne sont obtenus que si les malades sont opérées assez tôt, avec un utérus encore bien mobile, c'est là le vrai critérium.

Quand on examine les pièces opératoires, on voit que les lésions sont souvent plus étendues qu'on ne le supposait. Mais ces cas n'en sont pas moins opérables dans de très bonnes conditions, même lorsque le cancer empiète un peu sur un des culs-de-sac.

Tout le problème consiste à dépister le mal de façon précoce.

C'est seulement lorsque son extension aura rendu douteuse la mobilité de l'utérus, qu'on aura recours à la curiethérapie.

Tuberculose pulmonaire traumatique

M. P. Anglade (*Presse Médicale*, 30 juin 1942) résume une question souvent controversée : il est rare de voir la tuberculose pulmonaire commencer par un traumatisme ; toutefois il est des cas où le traumatisme semble avoir rompu l'équilibre entre le terrain et l'infection, déclanchant une poussée évolutive de celle ci, lui donnant pour la première fois une expression clinique. Le traumatisme a transformé la tuberculose-infection en tuberculose-maladie.

La nature du traumatisme a son importance : ce sont les grandes contusions directes qui jouent le rôle le plus important.

Un symptôme est capital : l'hémoptysie post-traumatique qui est constante.

L'intervalle libre est variable : de dix jours à six mois.

Quant au siège, la question est discutée de savoir si le traumatisme est capable de localiser une tuberculose. Il semble même que lorsque la lésion évolue à distance, il soit possible dans certaines circonstances de rattacher les lésions tuberculeuses au traumatisme.

Mais la difficulté vient souvent de l'imprécision des renseignements sur l'état antérieur du malade.

Tumeurs douteuses du sein

M. F. Papin (*Bordeaux chirurgical*, janvier 1942) à propos d'un cas d'épithélioma découvert dans un noyau localisé de maladie kystique, envisage les principaux diagnostics différentiels de l'épithélioma : c'est d'abord la maladie kystique, non pas dans sa forme bilatérale de maladie de Reclus, mais dans ses formes localisées.

Un des noyaux forme souvent un petit placard dur et non encapsulé, accompagné d'une adénopathie ; il est important d'éviter des amputations inutiles en sachant que ces noyaux kystiques subissent généralement des poussées et que la palpation donne une impression de rénitence ou de tension et détermine une certaine sensibilité.

L'adéno-fibrome, petite tumeur bien encapsulée, sans adénopathie, est plus rarement confondue avec l'épithélioma.

Enfin les cas de mastite, se traduisant par un engorgement inflammatoire localisé, masquent souvent un épithélioma débutant.

En conclusion, il faut savoir que la tumeur douteuse, dès qu'il s'agit d'une femme d'un certain âge, est en réalité un épithélioma et il ne faut pas hésiter à faire une amputation large.

L'examen histologique extemporané ou l'incision exploratrice de la tumeur permettront dans bien des cas de faire le diagnostic.

Faut il également pratiquer une amputation du sein pour une lésion bénigne, telle que la maladie kystique, pensant qu'elle conduit souvent à l'épithélioma ?

M. Papin estime que cette conception conduit à bien des mutilations inutiles et qu'il ne faut pas se laisser inspirer par une simple hypothèse de filiation pathogénique.

Les étapes évolutives du coma diabétique confirmé

M. R. Tiffeneau (*Paris Médical*, 15 mai 1942) tente d'expliquer l'insuccès de l'insulinothérapie dans certains cas de coma diabétique, où le traitement est cependant parfaitement bien conduit.

Il distingue les formes insulino-sensibles, les formes avec insulino-résistance réversible, enfin celles avec insulino-résistance irréversible, qui se distinguent non seulement par leurs caractères cliniques propres, mais par les processus pathogéniques dont elles relèvent.

Lorsque le coma diabétique est récent, l'insuline exerce ses effets usuels : disparition rapide de l'hyperglycémie, élévation de la réserve alcaline.

Lorsque le coma se prolonge, il engendre une diminution croissante de sensibilité à l'insuline. Cette insulino-résistance est d'ailleurs réversible et de fortes doses d'insuline peuvent la faire disparaitre.

Mais la prolongation de l'acidose entraîne bientôt des lésions viscérales indélébiles. Lorsque surviennent les altérations lésionnelles centrales, l'évolution est plus ou moins fatale, malgré la régression plus ou moins complète de l'acidocétose.

Enfin lorsque l'insulinothérapie est entreprise trop tardivement, la mort survient avant que l'insulino-résistance se dissipe et que l'acidose régresse.

Le traitement des toxicoses du nourrisson par l'instillation intraveineuse continue de sérum

MM. Mouriquand, Wenger et Bailly-Salins (*Journal de médecine de Lyon*, 20 avril 1942) apportent les indications, la technique et les résultats de la thérapeutique des toxicoses du nourrisson par le sérum intraveineux.

Cette méthode a pour but de combattre le choc, la déshydratation et en même temps de stimuler la fonction rénale et de corriger l'acidose.

En même temps on met le tube digestif au repos en supprimant toute ingestion de lait pendant 12 heures, 24 heures ou même davantage.

La quantité de sérum à injecter correspond à la quantité de liquide que prendrait un enfant normal du même âge.

Pour combiner les avantages des divers sérums, les auteurs utilisent, lorsque l'état du rein le permet, le mélange de M. Ribadeau-Dumas :

2/3 sérum glucosé isotonique.
1/6 sérum bicarbonaté.
1/6 sérum salé.

On y ajoute de petites doses d'insuline, du camphre, de l'extrait surrénal.

Le point délicat est la reprise de l'alimentation qui doit être progressive en commençant par de l'eau sucrée.

L'instillation et la réalimentation sont poursuivies simultanément pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que les troubles digestifs aient complètement disparu, que l'enfant soit bien réhydraté.

Cette méthode doit être réservée aux toxicoses vraies avec déshydratation intense, et seulement après échec des thérapeutiques classiques. Dans beaucoup de cas, les résultats immédiats sont remarquables : réhydratation, reprise de la diurèse, disparition des vomissements et de la diarrhée. Parfois, l'amélioration ne se maintient pas ; les troubles digestifs reprennent avec la réhydratation, qui est le temps toujours délicat

Enfin il y a des échecs complets de la méthode, n'empêchant pas une évolution rapidement mortelle, surtout dans les toxicoses ayant pour cause un état infectieux grave.

La méthode n'en mérite pas moins d'occuper une place de premier rang dans le traitement des toxicoses du nourrisson, mais nécessitant une organisation particulière, elle ne peut guère être réalisée que dans un milieu hospitalier ou clinique bien organisé.

INFORMATIONS

FACULTÉS — ECOLES — ENSEIGNEMENT

Faculté de Paris. CLINICAT. — Sont proposés :

Clinique chirurgicale infantile : MM. Adam et Boissonnat.
Clinique chirurgicale et orthopédie de l'adulte : MM. Lascaux et Schaefer.
Clinique de neuro-chirurgie : MM. Philippe, Tardieu, Trotot, M. Placa (à titre étranger).
Clinique ophtalmologique : M. Brégeal.
Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu : MM. Debeyre et Martinet.
Clinique thérapeutique chirurgicale , Vaugirard : MM. Darricau et Vincent.
Clinique chirurgicale Saint-Antoine : MM. Morel et Verne.
Clinique des maladies nerveuses : MM. Droguet et Rouzaud.
Clinique des maladies cutanées : MM. Bouvier, Delzant et Thorel.
Clinique obstétricale Tarnier : MM. Livory et Neveu.
Clinique obstétricale Baudelocque : M. Rousset.
Clinique obstétricale Port-Royal : Mme Siguier.
Clinique gynécologique : M. Guénou des Mesnards.

Commission pour la réforme de l'enseignement médical. — Ont été nommés : MM. Jeannency (Bordeaux) : Benoist (Alger) ; Mouriquand (Lyon) ; Iselin (Paris) ; Leriche (Paris) ; Carrel (Paris) ; Abrami (Paris) ; Lambret (Lille); Velter (Paris) ; Fichot (Clermont) ; Président : Professeur Leriche.

ASSISTANCE PUBLIQUE — HÔPITAUX

Médecins des hôpitaux de Paris. — NOMINATION A CINQ PLACES *Sont nommés* : MM. Lereboullet, 40 ; Benoist, 39,90 ; Even, 39,71 ; Ponmailloux, 39,71 ; Bousser, 39,62.

Ophtalmologistes des hôpitaux de Paris. NOMINATION A DEUX PLACES. *Sont nommés* : MM. Morax, 39 ; Offret, 39.

Hôpitaux psychiatriques. — Le Docteur Mans, médecin chef de Braqueville, est affecté comme médecin directeur de l'Hôpital psychiatrique de Lannemezan.

Le Docteur Stoer, de Lannemezan est affecté à l'Hôpital psychiatrique de Ravenel.

Médicat des hôpitaux psychiatriques. — *Ont été reçus médecins des hôpitaux psychiatriques* : 1er M. Feuillet, 2e M. Lafon, 3e M. Neveu ; 4e M. Fouquet, 5e M. Bonnafé, 6e M. Mignot, 7e M. Deshaies, 8e MM. Jouannais et Bernard, 10e M. Hecaen, 11e M. Raucoules, 12e M. Belfils.

Sanatoriums publics. — Ont été déclarés aptes au grade de médecin adjoint des sanatoriums publics : Mlle Trocmé ; MM. Braillon Acher Dubois, Beaudoin, de Ferron, Joly, Brenugat, Hamon, Peraldi.

ECHOS & GLANURES

La condition des Professeurs sous le régime de la Corporation médicale. — M. Raymond Bernard l'envisage dans le petit livre qu'il vient de publier sous le titre : *La Corporation médicale* :

« Actuellement, dit-il, les Professeurs des Facultés de médecine, comme ceux du Droit, des Lettres ou des Sciences, sont des fonctionnaires. Mais tous ne le sont pas exclusivement : ainsi ceux de médecine, de chirurgie et de spécialités sont en outre des hospitaliers et, en même temps, ils exercent la médecine privée. Se trouvant trop occupés, ils sont souvent gênés pour bien remplir leur office.

Pour cette raison, l'on peut dire que les sciences annexes sont, en général bien enseignées, tandis que l'enseignement des sciences cliniques présente de nombreuses lacunes. De là est venu le succès considérable des conférences d'externat et d'internat. Et, de fait, les véritables enseigneurs de la médecine sont les internes en exercice, c'est-à-dire des élèves encore. Il faut bien admettre, puisqu'il en est ainsi, que l'enseignement officiel de la médecine est inférieur aux besoins réels des élèves.

La fonction essentielle des professeurs étant de toute évidence l'enseignement et la recherche scientifique, leur existence ne doit-elle pas être axée vers la meilleure réalisation de ces buts ? On peut dès lors se demander s'il ne conviendrait pas qu'ils renoncent à l'exercice de la clientèle, c'est-à-dire s'il n'est pas opportun de souhaiter pour eux le fonctionnariat complet, alors que nous le refusons pour les hospitaliers.

Nous pensons, en effet, que c'est un régime différent qui peut convenir aux uns et aux autres. A notre avis, les hospitaliers ne sont pas faits pour être des enseigneurs de la science médicale elle-même, car ce n'est ni leur fonction, ni leur vocation. Ils sont avant tout des praticiens et accessoirement seulement des chercheurs, et c'est comme praticiens qu'ils peuvent rendre à la collectivité, les meilleurs services.

Au contraire, l'enseignement nous paraît exiger une mentalité à part et même un genre d'existence déterminé, celui dont les caractères si tranchés donnent une physionomie si spéciale à la vie des universitaires, auxquels conviennent la sécurité et le désintéressement, que procure l'état de fonctionnaire. On imagine mal des Professeurs de l'enseignement général cumulant leurs fonctions avec une activité professionnelle.

Qu'il s'agisse d'enseignement primaire, secondaire ou des sections diverses du supérieur, les Professeurs n'ont d'autre ministère, d'autre souci, que d'augmenter leur propre savoir et de le communiquer à leurs élèves, et il est bien heureux qu'il en soit ainsi.

Seuls des chargés de cours ou des conférenciers peuvent enseigner la branche qui est de leur compétence sans être sacerdotalement astreints à se cantonner à leur enseignement : il s'agit là d'une sorte d'enseignement complémentaire.

C'est à ce titre que les hospitaliers peuvent très légitimement coopérer à l'enseignement des étudiants en médecine, en faisant des conférences sur des sujets qu'ils connaissent et en enseignant la pratique médicale.

Nous verrions donc la médecine théorique enseignée par des Professeurs et des Agrégés fonctionnaires (en dehors de tous les auxiliaires qu'il peut être utile de leur adjoindre), et la pratique enseignée d'une part par d'autres Professeurs également fonctionnaires, les Professeurs de clinique, qui, bien entendu, conserveraient le droit de donner des consultations, car on ne peut priver les malades du secours de leur science et d'autre part, par des hospitaliers, qui n'en resteraient pas moins des praticiens libres.

Il y aurait donc dans les hôpitaux d'une grande ville deux variétés « d'officiels ».

Les uns, les hospitaliers, sorte de gradés des praticiens, connaîtraient les situations des villes importantes et apporteraient aux étudiants en fin d'études et aux médecins désirant se perfectionner le sens de l'exercice médical en clientèle — qui, lui aussi, doit s'enseigner — l'esprit d'entreprise, l'ardeur, parfois l'audace, des hommes en vue.

Les autres, les Professeurs, connaîtraient une autre consécration, celle du travail scientifique et désintéressé, et apporteraient un esprit différent, peut-être plus sacerdotal et plus marqué de tradition.

L'on peut même penser qu'une juste émulation pousserait ces deux sortes de « chefs techniques de la médecine » à rivaliser de zèle. Chacun aurait d'ailleurs ses prérogatives et ses satisfactions, les premiers pouvant connaître des gains supérieurs mais aussi des efforts et des inquiétudes en général épargnés aux seconds ; les seconds disposant des avantages des hauts fonctionnaires, traitements réguliers, vacances, retraites, honneurs, missions.

Il serait très avantageux, comme cela est courant en Amérique, que ces catégories ne soient pas séparées par des cloisons absolument étanches, un praticien connu et ayant fait ses preuves pouvant désirer sur le tard se consacrer à l'enseignement, ou inversement, un professeur pouvant être tenté par les situations plus brillantes des praticiens achalandés.

Un tel système serait souple et répondrait à tous les besoins. Il ferait cesser la lourde pression que le corps professoral a fait peser sur le corps hospitalier, sur son recrutement et même sur sa liberté, car le syndicalisme hospitalier fut, en fait, toujours dominé par les professeurs.

Mais pensons aux immenses avantages qu'auraient à en retirer aussi bien les étudiants, qui trouveraient dans les Maîtres des patrons entièrement dévoués à leur service, que la collectivité, qui aurait en eu des savants épris de travail désintéressé, et enfin que le reste du Corps médical, pour qui les professeurs, en même temps que des chefs, seraient des aides et des soutiens, et non, comme ils le furent souvent, de simples concurrents.

BIBLIOGRAPHIE

Vaccination par le B. C. G. par scarifications cutanées, par L. NÈGRE et J. BRETEY. Un volume 101 pages, 10 figures, 25 francs. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La méthode qui consiste à faire pénétrer le B. C. G. dans l'organisme par des scarifications cutanées vient de faire franchir une nouvelle étape au B. C. G. MM. Nègre et Bretey, à qui est due cette technique, l'exposent avec tous les détails nécessaires à sa bonne exécution.

Traitement de la névralgie du trijumeau. *Technique et résultats de l'électro-coagulation du ganglion de Gasser d'après la méthode de Kirschner*, par R. ZENKER. Un volume 108 pages, 15 figures, 60 fr. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Docteur R. Zenker, élève de Kirschner, a exposé les détails de la technique employée et des résultats obtenus à sa clinique d'Heidelberg, dans ce livre qui fournira aux lecteurs français une documentation complète sur ce sujet.

Maladies des femmes enceintes, par Henri VIGNES. Masson, éditeur, Paris.

Sous ce titre général, le Docteur Vignes a déjà publié quatre volumes consacrés aux affections du tube digestif (vol. 1), du foie, du pancréas, aux maladies de la nutrition, aux parois abdominale, et au péritoine (vol. 2), aux affections de la peau (vol. 3), aux muqueuses génitales (vol. 4). Aujourd'hui paraissent le cinquième volume consacré au cœur et le sixième aux vaisseaux.

Ces livres ont été écrits pour les accoucheurs aussi bien que pour les praticiens.



TRAVAUX ORIGINAUX

L'estomac de la maladie de Biermer

Par MM. **M. LOEPER** et **G. BLANC**

L'anémie de Biermer s'accompagne très fréquemment de troubles digestifs, en particulier gastriques ; il est donc intéressant, à la lumière des observations que nous avons pu prendre récemment de passer en revue les divers troubles gastriques observés au cours de cette affection, de voir ce que nous apportent les divers examens cliniques, gastroscopiques, radiologiques et de les comparer aux observations qui ont été publiées.

Cliniquement, les symptômes digestifs s'observent d'une façon quasi-constante et bien souvent ils sont un des éléments principaux et même dominant du tableau clinique. Il est donc nécessaire de les bien connaître si l'on veut éviter de rattacher ces troubles à d'autres affections digestives qu'ils peuvent simuler.

La première malade représente le type *anorexique* : anorexie tenace, importante, globale ; la perte de l'appétit avait d'ailleurs été notée lors d'un précédent séjour à l'hôpital, il y a un an. Il en résulte de l'asthénie, de la maigreur. Le diagnostic de maladie de Biermer est fait facilement sur le teint pâle, cireux, sur la langue lisse dépapillée, sur la numération globulaire qui montre 2.060.000 globules rouges par mill. c. avec 65 % d'hémoglobine.

Une autre malade, hospitalisée actuellement elle aussi dans le service, fait en plus de l'anorexie, des *douleurs épigastriques* et rétrosternales à type de brûlures accompagnant des digestions lentes et pénibles. L'anémie est évidente par l'aspect des téguments, de la langue, confirmée par la numération globulaire donnant 2.080.000 globules rouges avec 80 % d'hémoglobine, une valeur globulaire de 2 et un myélogramme riche en mégaloblastes.

Notre troisième observation nous apporte un autre symptôme digestif, les *vomissements*. Cette malade est entrée dans le service pour une fatigue s'accompagnant d'anorexie et, depuis un mois, de nausées et de vomissements à peu près quotidiens survenant surtout l'après-midi, quelques heures après le repas. L'examen du sang a montré une anémie à 1.620.000 globules rouges, avec 70 % d'hémoglobine ; la ponction sternale une prédominance de mégaloblastes. Sortie guérie, elle a fait une rechute avec encore des nausées et vomissements qui l'a amenée de nouveau dans le service ; ces troubles ont disparu sous l'influence du traitement anti-anémique.

Chez une quatrième malade, la maladie de Biermer est encore évidente, mais c'est une *douleur* localisée à l'*hypochondre droit* que l'on trouve à la palpation de l'abdomen et des crises douloureuses quasi-vésiculaires. Et l'on pense non à l'estomac mais au foie.

Ces quatre observations prises au hasard suffisent à mettre en évidence la fréquence et l'importance des troubles digestifs trouvés à l'examen clinique.

* * *

L'étude du CHIMISME GASTRIQUE va maintenant nous montrer le retentissement de la maladie de Biermer sur la sécrétion de l'estomac. La diminution de l'acide chlorhydrique libre et de l'acidité totale est constante ; elle résiste aux épreuves alimentaires, à l'injection d'histamine.

Nombreux sont les résultats publiés par divers auteurs. Dans la thèse de Chastagnol, nous trouvons deux observations où l'acidité totale est de 0,17 et de 0,11, l'acide chlorhydrique libre O ; un seul cas où les chiffres sont plus élevés. Et l'épreuve de l'histamine, sauf dans ces deux cas, est négative.

Dans la thèse de Schneider de Paris 1938, ce sont quatre observations avec absence complète d'HCl libre.

Il en est de même dans la thèse de Rambert, dans les diverses statistiques publiées: celle de Wilkinson: 625 achylies sur 628; de Haden: 152 sur 152; de Friedmann: 75 % ; de Hurst, 10 sur 10.

La thèse de Mathé toute récente ajoute encore quelques cas.

Quatre observations avec HCl O avec ou sans histamine ;
Une avec 0,35 avant l'histamine, 0,47 après ;
Une avec 0,21 avant l'histamine, 0,38 après.

Comparons maintenant ces résultats avec ceux que nous avons observés dans le service et se rapportant pour la plupart aux observations dont nous avons déjà parlé :

FEUILLETON

Bichat vu d'Allemagne

> Sur cinquante millions de bipèdes on aurait peine à rencontrer une tête pensante telle que Bichat.
>
> SCHOPENHAUER.

Le *Traité des Membranes* parut en décembre 1799 ; les *Recherches physiologiques sur la Vie et la Mort*, en mai 1800 ; l'*Anatomie générale*, en août 1801.

Ces trois ouvrages furent traduits en diverses langues au cours du siècle. Mais c'est en Allemagne que parurent les premières traductions et cela au lendemain presque de la mort de Bichat, survenue le 22 juillet 1802.

En cette année même, le *Traité des Membranes* est publié à Tübingen, traduit par Christ. Fried. DÖRNER. Plus jeune que Bichat (il était né en 1776) Dörner, après avoir été reçu à Tübingen en 1798, était venu à Paris et y séjourna quelque temps. Eut-il l'occasion de rencontrer Bichat ou fut-il seulement témoin de sa gloire naissante ? Cela expliquerait la rapidité avec laquelle fut publiée la première traduction de Bichat en Allemagne.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse. Elle peut encore être faite à propos de C.-H. PFAFF qui vint aussi à Paris en 1801 (1773-1854). Connu pour ses recherches sur le galvanisme et surtout comme traducteur et historien de Brown, Pfaff publia en 1802, à Leipzig, une traduction de l'*Anatomie générale*, deux gros volumes où le texte de Bichat est accompagné de commentaires qui montrent bien que l'éditeur s'en était assimilé toute la doctrine.

L'année suivante, Pfaff traduisait encore les *Recherches physiologiques*... d'après l'édition publiée en danois (1802) par Herholdt et Rafn, tandis qu'une autre édition paraissait à Tübingen, établie par VEIZHANS, médecin sur lequel les biographies sont muettes, mais qui semble, d'après les renseignements qu'a bien voulu me communiquer le Docteur Théodore Knapp, de Tübingen, avoir été médecin militaire vers 1793.

Après ces traducteurs qui étaient des contemporains de Bichat et moururent (sauf Pfaff) au même âge que lui, K. SPRENGEL, dans son *Histoire de la médecine* (2e éd. 1800-1805), traduction française en 1815), fait entendre une note discordante. Bichat, qu'il appelle le Darwin français, aurait, selon lui, émis surtout des hypothèses, des assertions arbitraires et sans fondement. Le jugement est un peu sommaire et montre, comme le dit Boisseau, qu'une vaste érudition ne suffit pas toujours pour juger les grands hommes.

J.-F. MECKEL (1781-1833), professeur d'anatomie à Halle, dans son *Handbuch der menschlichen Anatomie*, paru en 1816, et traduit par Jourdan et Breschet en 1825, se montre plus compréhensif que Sprengel et tout pénétré des doctrines de Bichat. S'il ne les admet pas dans leur totalité, il souligne « les services que Bichat a rendus à l'anatomie envisagée comme science et sous le point de vue philosophique ». Et, comme le

	H.	F.	C.	A.	Meyer
S	0,2	0,2	0,2	0,6	O
	0	0,2	0,3	0,5	
C	0	0,2	0,2	0,4	positif
C................	0,2	0,2	0,2	0,6	négatif
	0,3	0,2	0,6	0,9	positif
L	0	0,2	0,3	0,5	négatif
Th	0	0,3	0,5	0,8	négatif
M................	0	0,2	0,4	0,6	négatif

Tous ces chiffres traduisent l'importance du trouble apporté par la maladie à la muqueuse gastrique ; comme on le voit, la réaction de Meyer est habituellement négative, ce qui peut aider au diagnostic d'avec le cancer. Un saignement de la muqueuse est possible : on a noté deux cas d'hématémèses.

L'intensité de l'anémie n'est pas en rapport avec les signes gastriques, mais on doit signaler la plus grande fréquence des troubles neuro-anémiques lorsqu'il y a des signes gastriques.

L'hyposécrétion gastrique nous amène à discuter les relations pathogéniques qui existent entre les lésions de la muqueuse et l'anémie ; on sait d'ailleurs le rôle qu'on lui fait jouer dans l'hypothèse de Castle : sécrétion par l'estomac d'un facteur intrinsèque spécial agissant sur le facteur extrinsèque de la viande pour produire la substance anti-anémique qui va se fixer dans le foie ; ce principe naît dans la région pylorique, mais on n'en sait pas encore la nature exacte. Dans l'état de nos connaissances actuelles, il est impossible d'affirmer que les lésions gastriques sont la cause de l'anémie ou sa conséquence, ou que les deux phénomènes ont un développement parallèle. Il n'est pas douteux cependant que la médication gastrique associée à la médication hépatique donne de bons résultats.

* * *

En présence de ces troubles révélés par la clinique et le chimisme gastrique, il est intéressant de voir quels aspects peuvent être notés à l'EXAMEN RADIOLOGIQUE de l'estomac. Dans la majorité des cas, l'estomac est atone, et les plis disparaissent ; mais dans certains cas, l'hyperpéristaltisme est patent et même il s'accompagne de spasmes pyloriques.

La GASTROSCOPIE est plus intéressante. Elle va nous apporter des renseignements primordiaux qui se classent en trois types principaux.

Parfois simplement pâleur banale de la muqueuse :

Parfois encore, atrophie de la muqueuse avec disparition des plis.

Enfin, 6 fois sur 10 environ, existence de plaques nacrées, qui siègent en général au niveau de l'antre pylorique, au voisinage des piliers surtout antérieurs ; plaques blanc-gris, brillantes, porcelainées, bien limitées, dont les dimensions sont variables, 1 à 2 centimètres en général, leur nombre 2 ou 3, parfois 5 et même davantage. Dans quelques cas, la confluence des plaques nacrées peut réaliser une gastrite atrophique généralisée où l'intérieur de l'estomac est comme vernissé mais reste d'un blanc éclatant prédominant dans la région antrale.

* * *

Il est remarquable de voir quels changements le traitement antianémique apporte à l'évolution de ces divers troubles.

Tout d'abord, les signes cliniques s'atténuent sous l'influence de l'hépatothérapie : l'anorexie, les douleurs gastriques, les vomissements disparaissent progressivement.

La gastroscopie montre l'atténuation des plaques nacrées, qui deviennent ternes, mates, et dont les contours sont moins précis ; on note même au centre une légère hyperplasie épithéliale, que l'on a appelée zone de repousse.

Quant au chimisme gastrique, il est lui aussi influencé par le traitement, mais l'anachlorhydrie ne disparaît jamais totalement.

* * *

L'importance de ces troubles gastriques impose au premier abord le diagnostic de cancer de l'estomac où s'associent aussi les troubles digestifs et l'anémie. La confusion est d'autant plus facile que certaines images radiologiques ressemblent, au moins momentanément, beaucoup à celles du cancer.

Ces IMAGES GASTRIQUES PSEUDO-NÉOPLASIQUES ont été signalées dans plusieurs observations par Weil et Bernard, Chiray, Mathé ; nous retiendrons plus spécialement l'observation récente d'Harvier dont voici le résumé.

Un malade de 68 ans vient consulter pour de l'anorexie, des vomissements noirâtres.

C'est un grand anémique chez lequel la palpation abdominale révèle une résistance, un empâtement dans la région pylorique. On pense immédiatement à un néoplasme ; et, le tubage gastrique montre une achlorhydrie complète même après injection d'histamine ; et la radiographie, une image lacunaire du pylore, à bords flous, et polycycliques. Par contre, l'examen du sang montre à côté d'une anémie importante, une

---

disent Jourdan et Breschet, Meckel rend le plus brillant hommage qu'un grand talent puisse témoigner au génie, en professant pour lui une admiration sans enthousiasme.

KÖLLIKER (1817-1905) fait remarquer avec une juste fierté nationale, dans la préface de ses *Eléments d'histologie humaine* (trad. franç. par J. Béclard et M. Sée, 1856), que l'Allemagne « n'est pas en retard dans la noble science de l'histologie qui fut si heureusement établie par *l'Anatomie générale* de l'illustre Bichat ». Pour lui, l'œuvre de Bichat est aussi grande en histologie qu'en anatomie pathologique.

« C'est seulement en l'année 1801, écrit-il, que le génie d'un homme devait donner à l'anatomie générale une existence propre à côté des autres branches de l'anatomie. Cet homme, il est vrai, n'enrichit point l'histologie proprement dite de grandes découvertes ; mais ce que personne n'avait encore tenté avant lui, il le réalisa : il mit en ordre les matériaux accumulés par ses prédécesseurs, les envisagea dans leurs applications physiologiques et médicales, et fit si bien, que l'histologie se trouva définitivement et à tout jamais constituée. *L'Anatomie générale* de X. Bichat (Paris, 1801) est véritablement, en effet, le premier travail scientifique d'histologie, et il inaugure une époque nouvelle. Cet ouvrage a d'ailleurs encore une autre signification : les tissus n'y sont pas seulement envisagés au point de vue morphologique et traités aussi complètement et aussi logiquement que possible, mais les rapports des tissus avec les fonctions physiologiques et l'état morbide s'y trouvent examinés dans tous leurs détails ».

A peu près à l'époque où Kölliker publiait ses *Eléments d'Histologie*, J. GOTTSTEIN consacrait un mémoire (*Zeit. f. Klin. Medizin*, 1857, pp. 240-255) à ce qu'il appelle « l'importance historique de Bichat ». Pour le médecin de Breslau, Bichat appartient à la catégorie des individus qui caractérisent une époque et apportent à l'humanité une contribution historique exceptionnelle. Sans doute, ajoute-t-il, Bichat n'a enrichi les connaissances médicales d'aucune découverte énorme, mais il a engagé la médecine dans la voie qu'elle devait suivre au XIXe siècle et il lui a apporté des idées si lumineuses qu'elle s'en est trouvé renovée.

La période contemporaine n'a point vu faiblir l'intérêt que l'on porte à l'œuvre de Bichat en Allemagne. Le Professeur Karl Sudhoff a fait figurer, dans la collection *Klassiker der Medizin*, une collection dont celle publiée par Charles Richet fut l'analogue, des extraits des *Recherches physiologiques*..... (Leipzig, 1912). Cette édition a été assurée par le physiologiste Rudolf BOEHM qui l'a fait précéder d'une biographie très exacte de Bichat et d'une notice où il étudie ses doctrines vitalistes et souligne l'importance de son expérimentation.

Enfin le Professeur E. SIGERIST, dans son livre *Grosse "Arzte* (München, 1932), a consacré à Bichat quelques pages brillantes où il a montré l'influence de la Révolution sur la médecine française et souligné le rôle de Bichat comme précurseur. Son œuvre, dit-il, a été le programme du XIXe siècle ; elle ouvre la voie que la médecine doit suivre : analyse des phénomènes morbides avec les ressources de la physiologie, attribution de ces mêmes phénomènes à leur substratum anatomique.

A côté de l'opinion des anatomistes et des physiologistes, il convient de signaler celles de philosophes comme Schopenhauer et de Hartmann.

hyperchromie qui élève la valeur globulaire à 1,6, une leucopénie de 3.300 avec 58 % polynucléaires seulement et la ponction sternale de nombreux mégaloblastes. La gastroscopie est négative. Sous l'influence de l'extrait hépatique, l'anémie s'améliore, les signes gastriques aussi. Une nouvelle radiographie ne fait plus voir qu'un estomac hypertonique, un pylore absolument normal ; l'image anormale a complètement disparu. La guérison a donc été complète par le seul traitement anti-anémique.

Dans un travail de Chevallier, de Lyon, on trouve aussi des observations d'images lacunaires, parfois de niches en plateau, parfois même d'amputations pyloriques, alors que la gastroscopie n'a montré que des plaques nacrées, parfois de l'œdème.

Nous avons une belle observation semblable : celle d'une malade anémique encore hospitalisée dans le service qui présente une diminution globale de l'appétit, des nausées, une diarrhée rebelle, du ballonnement abdominal. Un teint pâle, une langue lisse et chez laquelle divers examens suggestifs ont été pratiqués :

le tubage gastrique donne une acidité totale = 0,4, HCl = 0

la numération globulaire : G.R. = 1.540.000 ;

la valeur globulaire : 1,25; le myélogramme : nombreux mégaloblastes.

Ces symptômes étaient bien ceux d'une anémie de Biermer, typique mais banale. Mais l'image radiologique est particulièrement suggestive et plaide pour le néoplasme : au niveau de la région prépylorique de la petite courbure une image irrégulière, faite de 4 lacunes contiguës, un peu marécageuse, à limites polycycliniques, auprès de laquelle un mince filet de baryte unit l'estomac au duodénum.

La gastroscopie faite par Moutier ne montra que de l'œdème. Cette image disparut en un mois. Elle n'était donc pas cancéreuse.

Divers auteurs ont essayé d'expliquer ces images :

Les uns ont pensé qu'il s'agissait d'une *hypertrophie de la muqueuse*, telle qu'elle a été trouvée par Haring et par d'autres ?

D'autres d'un *spasme pur* ? Naegeli se demande s'il ne s'agirait pas d'un spasme de la muscularis mucosæ par irritation du splanchnique.

D'autres encore, d'un *œdème de la muqueuse* et cette hypothèse émise par René Chevallier, de Lyon, expliquerait la sensibilité de ces images à l'hépatothérapie.

D'autres, d'une *accumulation de mucus* et Weiss rappelle que, dans l'anémie de Biermer, le mucus est, en général, peu abondant.

Bien souvent, il s'agit de la *compression extrinsèque*, du refoulement d'un estomac presque toujours très atone par le colon voisin ; d'ailleurs, on observe parfois des images semblables dans des gastrites atrophiques simples.

Les difficultés diagnostiques sont donc au maximum chez ces malades où la clinique, le tubage gastrique, la radio surtout orientent vers le cancer de l'estomac ; seule la découverte de signes d'anémie de Biermer indiscutables a permis déjà de redresser le diagnostic ; la gastroscopie a éliminé la lésion pariétale, le traitement a apporté la confirmation d'une guérison rapide.

***

Cependant le problème se complique de l'association possible au cours de la maladie de Biermer, de vraies, de véritables tumeurs bénignes ou malignes.

C'est au cours de cette affection, en effet, que l'on trouve avec la plus grande fréquence des POLYPES GASTRIQUES. Les statistiques de divers auteurs Haring, Albrecht, Velde, Thus Tilger portant sur plusieurs milliers d'autopsies donnent la proportion au cours d'affections diverses de 1. %°, de polypes gastriques. Or, les chiffres rapportés par Rambach, Velde, Brown montrent dans l'anémie de Biermer, 21 cas de polypose, soit 7 %. Cette différence appréciable a fait discuter la relation de ces adénomes avec la maladie de Biermer elle même : La « repousse » de la muqueuse ne réalise-t-elle pas en quelque sorte une « compensation en hauteur » ? Il est bien difficile de l'affirmer encore ; un fait intéressant est la persistance des polypes malgré le traitement anti-anémique.

Dans une observation de Weill, Brocq et Eudel des troubles digestifs divers, après avoir fait éliminer un certain nombre d'affections, conduisent à un examen radiologique de l'estomac qui montre une rigidité prépylorique, des évacuations tardives et difficiles ; l'examen du sang révèle une anémie importante. A l'intervention chirurgicale, on trouve *quatre polypes* siégeant dans l'antre pylorique. L'examen anatomique de la pièce opératoire montre, outre les polypes, une hypertrophie pylorique, une muqueuse nacrée ; par endroits, une muqueuse hyperplasiée, d'aspect adénomateux avec des cellules cylindriques et des mitoses.

Enfin, une anémie pernicieuse peut se compliquer d'un véritable CANCER DE L'ESTOMAC. Fait curieux, mais aussi intéressant, le néoplasme survient avec une plus grande prédilection dans les cas de Biermer compliqués de syndromes neuro-anémiques ; sur les huit observations recueillies au cours de la maladie de Biermer dans la thèse de Louajanine, huit mala-

---

On sait que pour SCHOPENHAUER la volonté est la seule substance universelle et que la plus grande partie de sa philosophie est basée sur l'opposition entre la volonté et l'intelligence.

Or, cette séparation, le philosophe allemand la trouvait exprimée dans la distinction établie par Bichat entre la vie organique et la vie animale. Ainsi comprend-on l'enthousiasme qu'il a manifesté pour les *Recherches physiologiques sur la vie et la mort.*

« Les considérations de Bichat et les miennes, écrit-il dans *Le Monde comme volonté et comme représentation*....., se soutiennent réciproquement, les siennes fournissent le commentaire physiologique aux miennes, celles-ci étant le commentaire philosophique des siennes ; si on nous lit en même temps, on nous comprendra mieux l'un et l'autre ».

Aussi appelle-t-il le livre de Bichat « une des œuvres les plus profondément pensées de toute la littérature française ».

Et il ne ménage pas les invectives à Flourens qui a osé « réfuter par de simples contre-affirmations, par des convictions de vieille femme et des autorités frivoles, un penseur tel que Bichat, à le redresser, en triompher, le railler presque ».

Pour l'auteur de *Parerga*... cette « suffisance » ne peut avoir son origine que « dans la manière d'être de l'Académie avec ses fauteuils » :

« Les esprits supérieurs et réellement privilégiés, qui naissent de temps en temps pour éclairer le reste de l'humanité, et au nombre desquels il faut ranger Bichat, sont supérieurs par la « grâce de Dieu », et ils sont aux Académies (dans lesquelles ils ont généralement occupé le quarante et unième fauteuil) et aux illustres confrères, ce que sont les princes du sang aux nombreux représentants du peuple, choisis au sein de la foule ».

Et dans une lettre qu'il écrivait, le 12 octobre 1852, à son ami Frauenstadt, Schopenhauer prend encore la défense de Bichat et et refait son éloge ;

« Il y a un certain V... qui se permet de traiter de superficiels les immortels écrits de Bichat et sur ce jugement on se croit dispensé de la lecture de Bichat et de Cabanis.

Bichat a vécu trente ans, il est mort il y aura bientôt soixante ans, et toute l'Europe honore son nom et lit ses ouvrages. Sur cinquante millions de bipèdes on aurait peine à rencontrer une tête pensante telle que Bichat. Assurément, depuis ses travaux, la physiologie a fait des progrès..... pourtant ces progrès n'ont pas été tels que Bichat et Cabanis en paraissent vieillis et tous s'inclinent quand on prononce le nom de Bichat ».

L'opinion de Schopenhauer fut partagée par son disciple de Hartmann dont la théorie de l'Inconscient trouvait une confirmation physiologique dans les idées de Bichat sur la vie organique.

Je ne sais si, depuis, l'œuvre de Bichat a retenu l'attention d'autres penseurs allemands, mais les noms qu'on a cités montrent quel en fut le retentissement outre-Rhin à des époques assez différentes pour que le jugement comporte toute sa valeur.

Maurice GENTY.

des avaient présenté un syndrome neuro-anémique: ataxie, paraplégie, pseudo-tabès.

La complication cancéreuse nécessite un traitement chirurgical rapide. Mais est-il possible de la déceler de façon précoce ? — La clinique n'apporte pas de signes bien nets, cependant la cachexie augmente, les douleurs se font plus précises et présentent parfois des paroxysmes.

La radiographie montre la persistance de l'image et non la variabilité, la fugacité de l'œdème ou du spasme. La gastroscopie fait voir le gonflement et non le néoplasme.

La sécrétion gastrique ne se modifie pas. Cependant parfois l'acide lactique s'élève, des leucocytes apparaissent dans le liquide gastrique, les régurgitations sont plus acides, fréquentes et les hémorragies plus souvent signalées.

Enfin, deux signes nous semblent avoir un intérêt certain, l'élévation des leucocytes, la disparition de l'hyperchromie.

Les leucocytes dans les cas signalés s'élèvent de 9.200 à 14.000; de 6.000 à 7.200 ; de 2.200 à 6.000 ; de 3.000 à 16.200, la valeur globulaire s'abaisse, car l'anémie devient orthochrome et même hypochrome.

***

En conclusion de cet exposé, nous insisterons encore sur les DIFFICILES PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES que posent les troubles gastriques, les images radiologiques même de la maladie de Biermer, l'intérêt primordial de la gastroscopie, l'efficacité de la thérapeutique par les extraits hépatiques.

Nous signalerons enfin la fréquence relative des polypes et la rareté des vrais cancers de l'estomac venant compliquer une anémie de Biermer.

Essai sur la pathogénie de la polyurie insipide, considérée comme un trouble de la perméabilité des membranes cellulaires du néphron : hypoperméabilité à l'eau et perméabilité conservée pour Nacl

Par M. Julien MARIE

Nous nous sommes particulièrement attachés, dans nos recherches sur le diabète insipide, à l'étude de la polyurie. Nous pensons que chercher à comprendre le mécanisme de ce phénomène extraordinaire, qui permet à un individu de perdre en une seule journée une quantité d'urine correspondant souvent au tiers de son poids, nous aiderait à mieux concevoir l'enchaînement des troubles. Il faut dire également que ce procédé d'études fournit des résultats plus facilement appréciables que les analyses même très précises du sang, si souvent déroutantes par leur discordance. Nous voulons d'abord synthétiser les faits qui nous paraissent solidement établis et que toute pathogénie de la polyurie insipide doit pouvoir expliquer :

1° *La polyurie est bien le symptôme essentiel* du diabète insipide, (1) qu'elle soit le fait primaire, qu'elle soit secondaire à un état tissulaire initial. La démonstration en est fournie, non par l'étude clinique de la précession polydipsique ou polyurique toujours entachée d'erreur puisqu'elle est basée sur l'anamnèse, mais par l'épreuve de la restriction des liquides (épreuve de la soif ou épreuve mixte) ou par l'épreuve de la précession polyurique après la suppression de la post-hypophyse que nous avons proposé avec F. Rathery en 1928 (2). On sait qu'expérimentalement, comme le rappelle M. J. Lhermitte «aussi bien la phase temporaire que la phase permanente du diabète insipide, sont marquées par la précession de la polyurie ». (Camus et Roussy, Fischer et Ranson) ;

2° *Le NaCl* joue un rôle aggravant sur les symptômes de la polyurie insipide ; il détermine une exacerbation extrême des symptômes ; la soif est encore plus intense, la polyurie atteint ses plus hauts sommets ; le sujet est réellement tourmenté sans cesse jour et nuit par l'incessant besoin de boire et d'uriner. La suppression du NaCl calme notablement les deux symptômes apparents de la maladie, à tel point que certains sujets s'astreignent d'eux-mêmes à suivre un régime déchloruré ;

3° *Les diurétiques mercuriels* ont le pouvoir remarquable de diminuer notablement la polyurie tout en provoquant un abondante élimination des chlorures (Schnur, J. Decourt). Toutefois, nous avons constaté un fait qui nous paraît essentiel : en période de régime déchloruré, la polyurie n'est pas diminuée. Dans tous les cas, en régime chloruré ou déchloruré, elle ne descend pas au-dessous de la polyurie de base ;

4° *L'étude de la concentration de NaCl urinaire* démontre, comme nous l'avons signalé avec M. Robert Debré (1), que chez le diabétique insipide soumis à une forte dose de post-hypophyse, il est impossible d'obtenir dans la plupart des mictions, une concentration du NaCl urinaire supérieure à celle du sang ;

5° *La filtration glomérulaire*, que nous avons étudiée avec M. P. Seringe (2) par l'épreuve de Rehberg, montre que la polyurie du diabète insipide n'est pas déterminée par une exagération de la filtration, mais par la réabsorption insuffisante de l'eau dans le tubule ;

6° *L'extrait de posthypophyse* supprime ou diminue considérablement les symptômes de la maladie, surtout si le sujet suit un régime déchloruré.

Nous basons également notre hypothèse sur l'acceptation des théories ou constatations suivantes :

1° Pour ce qui concerne le mécanisme de la sécrétion rénale, nous adoptons la théorie de Cushny-Richards, de la filtration-réabsorption. Nous rappelons que cette théorie est actuellement acceptée par de nombreux médecins et physiologistes, en particulier par Rehberg, Ambard, Gowaerts ;

2° Nous admettons, d'après les expériences de Magendie et de A. Mayer, que la soif, en dehors de la soif nerveuse, est déterminée par l'élévation de la concentration moléculaire du sang et du milieu intérieur. La soif a un caractère d'autant plus intense que la concentration du milieu intérieur est plus élevée ;

3° Pour ce qui concerne les diurétiques mercuriels, nous faisons état des expériences de Gremel, de Gowaerts, qui démontrent par la perfusion du rein isolé, que l'action de ces produits sur le rein est directe, aboutissant à une forte élimination de NaCl, mais sans exagération constante de l'élimination aqueuse (Rathery et Maximin) ;

4° Enfin, l'action de l'extrait post-hypophysaire a été précisée dans les expériences bien connues de Starling et Verney. Ces auteurs ont démontré que l'adjonction au liquide de perfusion de l'extrait post-hypophysaire entraîne une diminution de l'excrétion de l'urine et une augmentation de NaCl en quantité absolue et dans son pourcentage. Cependant, ils n'obtinrent jamais une concentration chlorurée de l'urine supérieure à celle du sérum.

Ces faits étant rappelés et ces prémisses posées, nous pouvons concevoir le mécanisme de la polyurie insipide à l'aide de l'hypothèse suivante : *Le diabète insipide est la conséquence d'un trouble de la perméabilité des membranes des cellules du néphron, chargées de la réabsorption de l'eau. Ce trouble consiste en une hypoperméabilité des membranes à l'eau ; par contre, et cette donnée est capitale, la perméabilité des membranes pour NaCl est conservée.*

Examinons si cette hypothèse est capable de s'adapter aux faits constatés :

1° Considérons le diabétique insipide pendant l'épreuve de restriction des liquides. La filtration glomérulaire se poursuit normalement. L'eau n'est pas réabsorbée suffisamment par

(1) R. KOURILSKY et ses collaborateurs, reprenant une conception vieille d'un siècle (Lacombe 1841), pensent que le diabète insipide est une maladie de la soif, la soif étant le phénomène initial.

(2) F. RATHERY et Julien MARIE. — Etude critique de la physiopathologie du diabète insipide. *Paris médical*, 28 avril 1928.

(1) Robert DEBRÉ et Julien MARIE. — S. M. H. P., 5 juin 1936 et mai 1942.

(2) Julien MARIE et P. SERINGE. — S. M. H. P., mai 1942.

le tubule (1), d'où la persistance de la polyurie ; pour la satisfaire, l'organisme mobilise et utilise rapidement ses réserves d'eau ; la concentration moléculaire du milieu intérieur s'élève ; la soif apparaît. De plus, la réabsorption du NaCl se faisant comme normalement, contribue par ce deuxième mécanisme à élever considérablement la concentration moléculaire dans un capital d'eau réduit (2). La soif intolérable doit être à tout prix satisfaite. S'il n'en était pas ainsi, on risquerait d'entraîner un arrêt de la filtration glomérulaire et un état d'hyperconcentration tel du milieu intérieur que la vie cellulaire ne serait pas possible. On conçoit qu'à la fin de l'épreuve, rendue tolérable dans l'épreuve mixte que nous avons proposée, la chute de poids soit importante puisque la soif n'est satisfaite que parcimonieusement ;

2° Considérons le diabète insipide, en période de régime déchloruré. La polyurie se perpétue par suite de la non réabsorption de l'eau ; elle tend toujours à tarir les réserves d'eau et à élever la concentration moléculaire, d'où le déterminisme de la soif. Le NaCl ingéré en très faible quantité, est éliminé en très faible quantité également. Il est donc en presque totalité réabsorbé. L'organisme est donc équilibré avec une certaine masse de sel et la concentration moléculaire ne varie pas du fait de NaCl. Cette concentration moléculaire du milieu intérieur est donc équilibrée par la seule polydipsie nécessitée par la fuite tubulaire de l'eau ; NaCl ne joue plus : c'est pendant cette période que l'on observera les chiffres de diurèse les moins élevés, correspondant, pour le plus faible de tous, à la polyurie de base ;

3° Donnons maintenant à ce diabétique insipide en polyurie de base, une forte dose de NaCl. L'ingestion de NaCl détermine immédiatement une élévation de la concentration moléculaire du sang et des liquides intérieurs. L'organisme fait aussitôt appel à ses réserves d'eau pour rétablir la concentration normale. Or le capital d'eau labile du diabétique insipide est toujours en voie de réduction par suite de la polyurie obligatoire. Il en résulte une exacerbation intense de la polydipsie, d'où une recrudescence de la polyurie. De plus, le filtrat glomérulaire étant beaucoup plus riche en NaCl, ce dernier se trouve réabsorbé en plus grande quantité que pendant le régime déchloruré, d'où une exagération de la concentration sanguine, d'où par ce mécanisme une nouvelle recrudescence de la soif, et partant, de la polyurie. On conçoit ainsi que l'ingestion d'une forte dose de NaCl détermine par ce double mécanisme poussé à l'extrême, une surpolyurie qui double souvent et triple parfois la polyurie de base et qui est essentiellement la conséquence de l'exagération de la polydipsie. Elle-même est déterminée par l'élévation considérable de la tension osmotique du milieu intérieur par suite de la fuite initiale de l'eau et de l'élévation du nombre des molécules Na et Cl par ingestion et du maintien de cette élévation par suite de la reprise du NaCl par les tubules ;

4° Supposons ensuite qu'un diabétique insipide, soumis au régime normalement salé, subisse une injection de Neptal. Ce produit mercuriel agit sur la perméabilité des cellules du néphron et détermine une forte diminution de la réabsorption tubulaire du NaCl. Ce dernier n'étant plus repris par l'organisme, la concentration moléculaire ne se modifie pas, du fait de NaCl ; la soif n'est pas exacerbée et la polyurie, comme la polydipsie, restent sensiblement aux taux atteints en période de régime déchloruré. Si le sujet suit déjà un régime déchloruré, l'effet est sensiblement le même pour ce qui concerne la fuite du sel. Mais la polyurie n'est pas pour cela davantage réduite ; elle atteint le même taux qu'en période chlorurée, c'est-à-dire un taux voisin de la polyurie de base. C'est que cette polyurie représente la polyurie due essentiellement au trouble du métabolisme de l'eau et à la non résorption tubulaire de l'eau que le Neptal n'a pas le pouvoir d'augmenter. Le Neptal n'a donc pas dans le diabète insipide une action oligurique réelle par action directe sur le métabolisme de l'eau : il agit uniquement par la suppression d'une partie de la résorption tubulaire du NaCl et supprime ainsi l'un des mécanismes de l'élévation de la concentration moléculaire, et partant supprime l'excès d'ingestion d'eau ;

5° Enfin, injectons au diabétique insipide, en période de régime déchloruré, l'hormone post-hypophysaire. Nous supprimons le trouble fondamental de la polyurie insipide, c'est-à-dire l'hypoperméabilité à l'eau de la membrane des cellules du tube. L'eau est à nouveau résorbée, aussi bien que chez le sujet normal. Le NaCl est en équilibre dans les tissus et les humeurs ; ingéré en très faible quantité, il est également éliminé en faible quantité, donc réabsorbé en presque totalité. La polyurie est supprimée, le capital d'eau labile est rétabli, la concentration moléculaire ne subit pas plus de modifications que chez un sujet normal et la soif est finalement celle d'un sujet sain.

Si l'on donne simultanément une forte dose de NaCl à ingérer, la soif est exagérée comme chez le sujet normal et une plus grande quantité d'eau est absorbée pour équilibrer la concentration moléculaire. Le NaCl filtré en excès est repris, mais en moindre quantité par le tubule par suite de l'action spécifique de l'extrait post-hypophysaire sur l'excrétion du NaCl ; sa concentration augmente dans l'urine, atteint et même peut dépasser dans certaines mictions le taux du sang ; mais la dose d'hypophyse n'est pas toujours suffisante ni surtout régulièrement offerte dans le temps aux cellules tubulaires pour supprimer régulièrement et totalement l'insuffisance de la réabsorption aqueuse, si bien qu'il est très difficile d'obtenir régulièrement et constamment une concentration forte du NaCl urinaire, comme on l'obtient si aisément chez le sujet sain.

Ce schéma pathogénique s'adapte donc aux différentes variations de la polyurie du diabétique insipide. On pourra nous objecter que nous ne tenons aucun compte de ce qui se passe de l'autre côté de la cellule tubulaire, vers le pôle tissulaire. Mais nous pensons que les modifications du plasma et du milieu intérieur sont justement la conséquence du déséquilibre apporté par cette incessante ingestion et cette perpétuelle élimination de grands volumes d'eau, sans compter la perturbation apportée par la réabsorption de NaCl dans un milieu intérieur de volume réduit.

Mais cette hypoperméabilité à l'eau des cellules du néphron, avec perméabilité conservée pour le NaCl explique-t-elle tous les troubles du diabète insipide ? C'est qu'en effet le diabète insipide n'est peut-être pas une maladie généralisée à tous les tissus, mais la maladie d'un tissu, tissu très spécialisé dans les phénomènes d'osmose d'une importance essentielle pour notre organisme, puisqu'il règle en grande partie l'équilibre du plasma et du milieu intérieur. Le fonctionnement de ce tissu du néphron est commandé par un jeu hormonal complexe, comme le pensent Starling et Verney, et l'hormone antidiurétique de l'hypophyse, dont MM. Labbé et Justin-Besançon ont démontré la réalité sans pouvoir cependant la dissocier du principe presseur, joue un rôle certain dans la commande fonctionnelle des cellules tubulaires.

Ainsi il n'est pas nécessaire, avec la pathogénie que nous avons proposée, de considérer comme fondamental un trouble aussi général que vague de tous les tissus de l'organisme. Cependant rien n'empêche d'étendre le même trouble de la perméabilité des membranes cellulaires du néphron à d'autres tissus de l'organisme (cellules hépatiques par exemple) ; mais ce trouble intéresserait toujours simultanément le tissu tubulaire rénal. On conçoit que si d'autres tissus ont des membranes cellulaires hypoperméables à l'eau et perméables à certains électrolytes, il en résulte une perturbation des échanges du milieu intérieur qui ne fait qu'accentuer la soif par concen-

(1) On peut admettre avec Ambard qu'un sujet normal filtre environ 100 litres de sang par jour correspondant à 600 grammes de NaCl, 100 grammes de glucose, 30 grammes d'urée. Le volume urinaire quotidien ne dépasse pas deux litres et la quantité de chlorure rejetée n'excède pas 12 à 15 grammes. Pour Cushny et Rehberg, la plus grande partie de l'eau et des chlorures est réabsorbée par les tubes.

(2) On sait que la tension osmotique est d'autant plus élevée que la concentration moléculaire est plus forte. On rappellera également que l'action du NaCl sur la tension osmotique est infiniment plus marquée que celle du glucose et de l'urée. Ces notions expliquent que la réabsorption de NaCl, dans un milieu intérieur dont la masse d'eau est réduite, détermine chez le diabétique insipide dès la fin de la première heure après la suppression des boissons, une élévation considérable de la pression osmotique (André Mayer, *in* M. Labbé et P.-L. Violle) se traduisant par une soif intolérable.

tration des liquides intracellulaires et la polyurie par l'impossibilité des tissus à absorber l'eau.

Nous n'ignorons pas que cette hypothèse, comme tant d'autres, comporte sa part d'imagination et que cette dernière est plus riche que sa part de vérité. Cependant notre excuse est double : d'une part, cette conception nous a paru faciliter la compréhension de faits complexes, où la masse des documents accumulés risque d'aveugler plutôt que d'éclairer ; d'autre part, nous ne serons pas la victime de l'accoutumance à une doctrine, n'ignorant pas que rien ne remplace l'étude des faits, car eux seuls contiennent la vérité.

FAITS CLINIQUES

Observations hors série

Par **George PASCALIS**

Voici deux observations. Elles n'ont d'autre rapport que le caractère exceptionnel des faits qu'elles relatent. Il m'a paru intéressant de les faire connaître. Elles ont trait l'une à une occlusion intestinale par compression haute du grêle, l'autre à un anévrysme poplité rompu et infecté :

I. — Le 14 octobre 1941, j'étais appelé d'urgence à 21 heures auprès d'un malade en occlusion intestinale.

Il s'agissait d'un homme de 22 ans, robuste et, jusque-là bien portant qui, après un copieux déjeuner, s'était rendu chez une amie, sans doute pour y chercher le « reste » et là il avait été pris de violentes coliques qu'il avait vainement essayé de calmer par un essai d'évacuation : le blocage intestinal était total.

Un médecin appelé à la fin de l'après-midi avait fait une injection de morphine; malgré cela, lorsque je vis le patient, il se plaignait de douleurs atroces qui avaient leur maximum sous les côtes gauches. Le ventre était légèrement ballonné, mais encore souple, sauf en un point qui répondait à l'angle duodéno-jéjunal. On sentait là sous un bouclier pariétal, une tuméfaction du volume d'une orange, très sensible à la pression, immobile et collée contre les plans profonds.

Rien dans le passé du sujet ne pouvait aider au diagnostic et je m'arrêtai à l'idée d'une hernie dans la fossette duodéno-mésocolique, dont j'avais déjà observé deux cas dans des conditions peu différentes.

Le malade était transporté d'urgence à la Maison de chirurgie et examiné sous écran. Le cadre colique apparaissait distendu par les gaz et le transverse remonte sous le diaphragme. Une tache grise sombre de 10 × 10 cent. environ était visible au niveau du point douloureux. L'administration d'un lavement baryté permettait de préciser mieux les choses, mais n'apportait aucun élément nouveau. La même tache grise restait visible au même niveau, résistant à toute tentative de mobilisation et toujours également douloureuse.

Le malade était porté à la salle d'opération et endormi à l'éther réchauffé (petit résistant 1/2 milligr. d'ésérine).

Une laparotomie médiane sus-ombilicale conduisait sur un épiploon surchargé de graisse et dont la partie déclive formait une tumeur striée de traînées blanchâtres, d'aspect cicatriciel et du volume d'une orange moyenne. Cette masse était collée sur l'angle duodéno-jéjunal dont elle effaçait la cavité et c'est elle, de toute évidence, qui était responsable de l'occlusion et qui se traduisait en gris sur l'écran. Un peu plus haut, une bride filiforme partant de l'épiploon et joignant le péritoine pariétal gauche prenait en écharpe la face antérieure de l'estomac.

Résection de la bride et de l'épiploon constituaient les deux temps d'une intervention qui mit fin aux troubles observés.

L'épiploon prélevé a été envoyé au Laboratoire et voici la réponse qui m'a été donnée par mon collaborateur :

« Examen histo-pathologique d'une pièce opératoire :

« Le fragment examiné est constitué par de l'épiploon dans « l'épaisseur duquel se trouve développé un tissu fibro-conjonc- « tif très riche en cellules, ces dernières ne présententd'ailleurs « ni anomalie, ni signes de dégénérescence. Les vaisseaux sont « développés normalement, sans hyperhémie et il n'y a aucun « signe d'inflammation, aucune infiltration cellulaire.

« Fibrome simple de l'épiploon ».

Il s'agit donc bien d'une occlusion consécutive à la compression du grêle par une masse épiploïque en dégénérescence fibreuse sans trace d'inflammation.

II. — Le 19 juillet 1941 à 19 heures, j'étais amené auprès d'un malade transporté d'urgence à la Maison de chirurgie.

Il s'agissait d'un homme âgé de 53 ans arrivé au dernier degré de la cachexie. Couché sur le côté gauche, il montrait au niveau du membre inférieur droit une énorme tuméfaction étendue du 1/4 inférieur de la cuisse jusques au point où jumeaux et soléaire s'attachent au tendon d'Achille. Le culmen était au creux poplité. La peau à ce niveau était rouge, tendue aux extrêmes limites. A jour frisant, la masse était animée de battements. Au palper, elle était chaude, ferme, irréductible et expansive. L'auscultation négative au creux poplité laissait percevoir à la partie haute du canal de Hunter un souffle rude, synchrone au pouls.

Le diagnostic d'anévrysme rompu et infecté était évident. D'importantes épreuves cliniques (oscillométrie, épreuves de Moscowicz, etc.) étaient nterdites par l'état précaire des téguments et l'on dut se borner à la recherche des battements artériels sous-jacents : à peu près normaux à la pédieuse, nuls à la tibiale postérieure.

Au niveau du triangle de Scarpa, il existait de chaque côté une masse ganglionnaire importante.

L'interrogatoire du malade n'a pas apporté d'éléments importants sur l'évolution du mal ; *minus habens*, sans famille et épuisé, il était impossible d'en tirer quelque chose d'utile.

L'intervention fut fixée au lendemain, toutes précautions ayant été prises pour le cas où la rupture du tégument surviendrait entre temps. Elle fut pratiquée sous narcose à l'éther réchauffé (R. O. C. indifférent). On pouvait hésiter entre l'amputation et l'extirpation. Je me décidai à tenter celle-ci, si aléatoire qu'elle fut.

On a d'abord coupé, entre deux ligatures, les vaisseaux fémoraux dans le canal de Hunter. Sur l'artère reposait un volumineux canal fibreux collatéral thrombosé. L'artère jaune et calcifiée coupait sous le fil (catgut antidérapant), la paroi veineuse était très épaissie. La grande anastomotique n'a pas été vue.

Le malade était alors placé sur le ventre, légèrement incliné vers la gauche. Une incision allant du sommet poplité à la partie moyenne du mollet donnait issue, sous forte pression, à une masse de caillots. A l'aide de la grosse curette et de compresses montées la région était rapidement nettoyée et les jumeaux séparés sur la ligne médiane. Entre eux et le soléaire, en position anormale, reposaient les vaisseaux tibiaux postérieurs. Ils furent coupés entre ligatures. La poche maintenant isolée était intimement fusionnée avec les tissus circonvoisins, notamment avec le nerf sciatique et ses branches, la veine poplitée, les formations fibreuses rétroarticulaires. Du volume d'une grosse orange, chevauchant les portions tibiales et fémorales du creux poplité, elle présentait sur sa face cutanée une perforation irrégulière, déchiquetée de la dimension d'une pièce de un franc.

Durant son extirpation seules furent vues et liées les articulaires supéro-externe et moyenne. Pas trace des autres, pas davantage de saignement. Il est vraisemblable que oblitérées, rompues et rétractées, leur rôle était depuis longtemps terminé.

La poche enlevée, la région fut lavée successivement au liquide de Dakin et à l'éther, un drain placé à l'angle inférieur de la plaie qui fut suturée en deux plans. A la partie moyenne du creux poplité fut mise une petite mèche de gaze iodoformée. Un pansement abondamment ouaté fut appliqué. Bien que les battements de la pédieuse fussent toujours perceptibles, les suites de l'opération n'étaient point rassurantes.

Le malade fut réchauffé par les moyens habituels et on lui administra de l'acécholine de 4 heures en 4 heures.

Le soir, le pied était froid et marbré de plaques violacées. Le lendemain matin, à ma grande surprise, *la circulation était rétablie*. Mais l'opération était venue trop tard et le malade succombait, quelques jours plus tard, du fait de sa cachexie.

Les anévrysmes poplités atteignant les deux portions de l'artère, ont, surtout après rupture, une réputation fâcheuse et justifiée par les faits.

Pourquoi, chez ce sujet, la circulation s'est-elle rétablie contre toute attente ? Rien dans l'anamnèse ne permet la moindre hypothèse. La rupture ne s'est certainement pas produite brusquement ; l'état de subinfection est en faveur d'une évolution lente, consécutive à une fissuration initiale, agrandie peu à peu. Il est permis de penser que la compression très importante qui s'est faite progressivement a facilité l'établissement d'une circulation complémentaire, comme la facilite la compression digitale encore employée de nos jours dans certains anévrysmes des gros vaisseaux du cou.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Conditions générales d'application de la thérapeutique sulfamidée

A) **La posologie :** La théorie de l'action bactériostatique, celle qui paraît convenir le mieux à l'explication des faits, impose la notion de la présence nécessaire du corps sulfamidé à l'endroit même où son action doit s'exercer. *On peut dire qu'ainsi toute sulfamidothérapie est d'ordre local.*

Pour assurer cette présence locale, au taux voulu, qui, rappelons-le, est analogue à celui qui est nécessaire *in vitro*, il y a généralement grand intérêt à porter le produit sulfamidé au sein même du foyer infectieux, si celui-ci est susceptible de se constituer en vase clos ou semi-clos.

Cependant, étant donné le grand pouvoir de diffusion des sulfamides, la voie habituelle, en pratique la voie buccale, suffit à une imprégnation de l'organisme, même des endroits les mieux « défendus » contre cette imprégnation. Seulement cette imprégnation locale peut être *retardée* et *insuffisante*, même si l'on administre de très grosses doses. Or, les sulfamides agissant surtout bien sur les bactéries en voie de division active et lorsque ces bactéries ne sont pas en trop grand nombre, et aussi parce qu'il faut ne pas laisser se constituer des lésions importantes et irréversibles, il importe au premier chef *d'agir vite*, d'autant que l'action ne se manifeste pas de façon immédiate, mais après une sorte de « temps mort », même lorsque le contact est établi au mieux et à la concentration optima.

Enfin la circulation des humeurs se fait dans les deux sens *selon un coefficient de partage tel qu'à moins d'un apport local énorme la concentration locale est toujours moindre que la concentraton sanguine générale.*

Ceci mène à conclure que, *à des cas d'espèces près*, il faut toujours utiliser surtout et avant tout la sulfamidothérapie dite générale, c'est-à-dire par administration digestive et parentérale commune (sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse).

Il faut l'instituer aussitôt que possible, dès le diagnostic posé et sans trop discuter en pratique la spécificité du germe lorsqu'il y a urgence, ceci indiquant corollairement d'utiliser un produit polyvalent comme la sulfanilamide et peut-être plus encore ses substitués sur l'amide, sulfapyridine ou sulfathiazol.

Il faut réaliser, aussitôt que possible, la concentration utile dans le sang (et dans le foyer), donc commencer par une dose quotidienne forte et par une dose initiale importante.

Toutes choses égales d'ailleurs, ces doses seront plus élevées s'il faut « forcer une barrière » (suppurations en foyer, méningites) et ensuite empêcher la baisse du taux de concentration utile au niveau du foyer.

A notre avis il y a toujours intérêt au début à instituer conjointement l'apport direct dans le foyer. Ensuite, selon l'état de la concentration sanguine, et surtout de la concentration locale, jugée soit par les dosages, soit indirectement par l'évolution des phénomènes cliniques et biologiques, on pourra, selon les cas, cesser l'apport local ou au contraire on sera dans la nécessité de le continuer.

Après cette attaque initiale massive et brusquée, il faut en maintenir la violence, c'est-à-dire assurer la permanence du taux de sulfamide des humeurs à une concentration suffisante pour être active. D'où la formelle indication de *fractionner les doses* de telle façon que la fuite urinaire rapide du sulfamide soit compensée par l'absorption.

On donnera donc le médicament par doses réfractées, soit au maximum toutes les quatre heures, soit mieux encore toutes les deux heures, *tout au long du nycthémère.*

Lorsque survient, en particulier avec de très fortes doses, une intolérance digestive, et même peut-être dans les cas où elle n'est pas apparente, il faut se méfier d'une absorption défectueuse par la voie digestive et ne pas hésiter à recourir à la voie parentérale. Seul le but compte qui est de maintenir les conditions d'une thérapeutique efficace.

Lorsqu'on a administré des doses fortes, il y a rapidement un certain degré de rétention dans l'organisme. On peut donc à ce moment diminuer les doses quotidiennes, de la quantité équivalente à la fuite urinaire.

Les résultats d'une sulfamidothérapie bien faite sont rapides. En moins de quatre jours, dans la généralité des cas où la sulfamide agit de façon spécifique, la partie est gagnée ou elle ne l'est pas, et alors l'heure de la sulfamidothérapie a passé.

Il n'y a pas plus d'accidents (sauf certains cas très particuliers comme la lithiase sulfapyridinique par exemple, ou sulfathiazolée, mais qu'il est possible d'éviter) avec des doses fortes, c'est-à-dire efficaces, qu'avec des doses faibles, c'est-à-dire d'efficacité problématique. Il y en a peut-être moins parce qu'on peut arrêter le traitement plus tôt.

En effet, la sulfamidothérapie doit être courte. Il est probable que quatre à six jours sont suffisants. En tous cas moins de dix jours paraît être, de l'avis de la plupart des auteurs compétents, la durée désirable, au cas d'une sulfamidothérapie bien menée.

La plupart des accidents graves, c'est-à-dire sanguins, qui paraissent vraiment imputables à la drogue, sont observés au cours de traitements prolongés.

La sulfamidothérapie doit se faire d'une seule tenue et non pas en plusieurs séries. Des accidents, dont quelques-uns dramatiques, peuvent survenir à la reprise d'un traitement sulfamidé.

On ne saurait trop insister sur le fait que c'est le choix de la posologie, le choix de la première dose quotidienne, celui de la première dose administrée, la décision de renforcer ou non l'administration par voie buccale par l'adjonction de la voie parentérale, la décision de porter ou non directement le produit dans le foyer pathologique lui-même, qui font le pronostic, puisque de ces décisions et de ces choix dépendent la rapidité et la vigueur de la contre-attaque thérapeutique.

Les accidents possibles sont tout à fait négligeables si le malade a *vraiment* besoin de la méthode.

Une sulfamidothérapie correctement conçue sera donc :

— *d'institution très précoce* ;
— *massive et d'emblée massive* ;
— *entretenue à doses suffisantes et fractionnées* ;
— *dégressive* ;
— *d'une seule tenue* ;
— *pas trop prolongée* (n'excédant pas dix jours en moyenne).

Elle doit tout mettre en œuvre pour que le plus tôt possible une concentration suffisante en sulfamide soit en contact et pour le temps nécessaire avec l'agent infectieux, d'où la nécessité fréquente d'un apport local direct.

***

Quelles sont donc les doses à envisager ? Il nous paraît qu'on peut retenir, à titre d'indication, celles qu'indique Long pour la sulfanilamide (1162 F) : chez l'adulte normal de 60 à 70 kilogrammes, 0 gr. 15 par kilogramme pour le premier jour, soit environ 10 grammes, la première dose administrée étant de 4 grammes. Chez l'enfant, l'auteur indique 0 gr. 25 à 0 gr. 30 par kilogramme, ce qui pour un enfant de 15 kilogrammes correspond environ à 4 gr. 50 par jour, la première dose administrée étant de 2 grammes.

Il faut ici envisager un point important. Tous les auteurs parlent de formes graves, légères ou moyennes des maladies justiciables de la sulfamidothérapie. Ce sont là des termes à rejeter, tout au moins en ce qui concerne l'appréciation du traitement à entreprendre.

Certes, il existe des affections justiciables des sulfamides mais où la vie n'est pas habituellement en danger, la blennorragie par exemple. Là, ce qu'on désire c'est guérir vite et bien, c'est-à dire beaucoup plus vite et beaucoup mieux qu'avec les méthodes historiques. Faut-il employer une posologie faible ou relativement faible ou au contraire une posologie forte ou relativement forte . A notre avis il faut opter pour la seconde solution. Les risques n'en seront pas accrus et les résultats sont beaucoup plus sûrement assurés. Mais tout de même il n'y a pas d'intérêt majeur à risquer des « surdosages ». Il faut mener là le traitement sulfamidé avec rigueur, en se tenant assez largement au-dessus du minimum qui *pourrait* être efficace, mais sans atteindre des doses ici sans objet, parce qu'après tout l'échec n'est tout de même pas une catastrophe.

De certaines affections, comme l'érysipèle, on sait qu'elles sont *très sensibles* a la sulfamidothérapie. Tous les produits, même les produits mineurs, sont actifs et à des doses faibles. Il est évident que là il faut demeurer dans le domaine des doses relativement faibles c'est-à-dire un peu au-dessus (pour avoir une marge de sécurité au cas d'une forme de résistance aberrante) de la dose minima curatrice admise.

Mais, à côté de maladies sûrement très sensibles comme l'érysipèle, ou sûrement moyennement sensibles comme la blennorragie, il en est beaucoup d'autres, parmi celles qui sont considérées comme relevant de la sulfamidothérapie, ou qu'on décide d'y soumettre, dont la sensibilité au traitement est très variable.

C'est en pensant à cette éventualité que les auteurs disent forme sévère, posologie forte ; forme moyenne ou bénigne, posologie faible.

Or c'est là renverser le problème. A l'heure actuelle, on peut admettre que c'est la résistance à un traitement bien conduit qui

signe la sévérité vraie de l'affection et non pas son aspect clinique, en ce qui concerne bien entendu les catégories morbides relevant du traitement sulfamidé.

Donc, ce sont les posologies dites fortes qu'il faut surtout retenir. La dose de 10 grammes par jour donnée par Long peut et doit être largement dépassée lorsqu'il s'agit d'une affection qui peut être mortelle comme une méningite ou une septicémie. On peut très bien dans ce cas donner au début 15 grammes de sulfanilamide par jour à un adulte, sauf contre-indications certaines.

Les posologies moins importantes seront réservées aux cas où elles sont *certainement* efficaces.

Hormis ces cas particuliers les posologies faibles sont peut-être dangereuses en tant que chimiothérapie et très douteusement efficaces.

Les posologies suffisantes, dites fortes, n'apportent pas de danger supplémentaire appréciable en tant que chimiothérapie et présentent le maximum de garantie d'efficacité.

Le choix nous paraît facile.

***

Pour fixer les idées on peut proposer, *à titre d'indication seulement* bien entendu, les chiffres suivants pour un adulte aux émonctoires fonctionnant normalement (Harvier et Perrault (1)).

	3 premiers jours dose quotidienne	3 jours dose quotidienne	3 jours dose quotidienne	En 9 jours dose totale
1142 F (sulfanilamide)	10 grammes (8-12)	6 grammes (4-8)	5 grammes (2-4)	57 grammes (42-72)
693 MB (sulfapyridine)	6 grammes (4-8)	4 grammes (3-5)	2 grammes (1,5-3)	36 grammes (25,5-48)
2090 RP (sulfathiazol)	7 grammes (5-9)	5 grammes (4-7)	3 grammes (2-5)	45 grammes (33-63)

***

B) **Conduite du traitement:** On ne saurait trop insister sur les quelques points suivants :

1° *Nécessité du repos.* — En principe tout sujet soumis à une sulfamidothérapie active doit garder le lit, ce qui d'ailleurs facilite la surveillance indispensable au cours du traitement.

Incidemment, rappelons que certains auteurs insistent sur la photo-sensibilisation par les sulfamides, qui sont possiblement facteurs de porphyrinurie. Il faudrait donc ne pas exposer les patients à une lumière trop vive.

La question ne paraît pas entièrement tranchée. Nous n'avons jamais quant à nous été frappés par une photo-sensibilité spéciale des sujets traités par les sulfamides. C'est également l'avis de Long.

2° *Alimentation.* — Il n'y a pas de régime spécialement indiqué, mais bien entendu il vaut mieux s'en tenir, même si le sujet traité est présent et peut s'alimenter, à un régime non toxique, lacto-végétarien.

On a conseillé d'écarter les aliments contenant du soufre en quantité importante (viande, œufs, choux.....)

La quantité de boisson absorbée ne doit pas être trop grande, pour éviter l'élimination rapide des sulfamides. Elle ne doit pas être trop restreinte non plus, surtout si le sulfamidé choisi est la sulfapyridine ou le sulfathiazol (risques de précipitations intra-urinaires). En pratique il faut assurer une diurèse de 1.200 à 1.500 c. c. en moyenne.

3° *Administration des sulfamides.* — Nous avons indiqué l'intérêt majeur d'administrer des doses réfractées, toutes les quatre heures ou mieux toutes les trois ou même toutes les deux heures.

On divisera donc la dose journalière en six ou mieux en huit ou douze prises. On peut, comme le conseille Durel, placer les petits paquets correspondant à la dose totale quotidienne sur une soucoupe placée au chevet du malade de façon à ce que tout soit bien absorbé.

Le premier jour toutefois il y a intérêt à donner une dose initiale forte pour atteindre plus rapidement la concentration utile.

Par exemple si l'on donne 12 grammes de sulfanilamide ou 8 grammes de sulfapyridine, la première prise sera avantageusement de 3 à 4 grammes de 1162 F ou de 2 grammes de 693.

Pour cette première journée c'est donc la dose restante sur la quantité prescrite pour les 24 heures qui sera divisée en cinq, sept ou onze prises espacées de 4, 3 ou 2 heures. A partir du deuxième jour il n'y a pas lieu, si l'on a bien administré régulièrement les doses réfractées, de donner la première prise plus forte. Toutes seront égales.

Nous n'insisterons pas à nouveau sur l'éventualité d'une injection focale.

Mais par contre il faut revenir sur l'intérêt très grand qui s'attache à la voie parentérale dans certaines circonstances.

Tout d'abord il est possible que la voie buccale expose à des phénomènes d'intolérance digestive marqués, en particulier en ce qui concerne le 693. On a indiqué, comme devant y remédier, l'usage du bicarbonate de soude, de la belladone, de l'alumine. Malgré cela les troubles persistent bien souvent surtout au-dessus d'une certaine dose. On est donc amené à diminuer la dose buccale. Mais il faut tout de même arriver à la dose quotidienne utile.

La voie rectale est à déconseiller, car tout à fait infidèle : la réponse thérapeutique est lente et la sulfamidémie ainsi obtenue est insuffisante.

Il reste donc la voie parentérale. On aura recours à des injections, soit de 1162 F à 0,8 %, soit plutôt de 693 à 33 % dont une ampoule de 3 c. c. équivaut à 1 gramme.

On peut ainsi pratiquer, *assez profondément*, à cause de l'alcalinité du produit, deux à quatre injections quotidiennes (soit 2 à 4 grammes), ce qui diminue d'autant la quantité à administrer par voie buccale. Naturellement l'horaire des injections est institué de telle sorte qu'il contribue avec les prises buccales à réaliser au mieux l'entretien du taux sulfamidémique désirable.

Mais surtout, il nous semble que le premier jour, ou même les deux premiers jours, il y a intérêt, pour monter *rapidement et sûrement* le taux de la sulfamide sanguine à son optimum, à pratiquer systématiquement l'injection intra-veineuse de 693 soluble. Il est peu recommandable d'injecter le produit tel quel. Il faut le diluer dans 100 à 250 c. c. de sérum physiologique et le passer en injection veineuse lente ou semi-lente. On peut ainsi injecter 1 ou 2 grammes du produit au départ du traitement et recourir ensuite au traitement habituel, surtout buccal, aidé au besoin par l'adjonction de quelques injections intramusculaires.

Certains auteurs ont utilisé comme traitement de fond la perfusion veineuse lente et continue ou subcontinue, dans le but de réaliser et de maintenir une sulfamidémie constante et élevée. Signalons incidemment l'administration par *aérosols*, à l'étude, qui présente évidemment un particulier intérêt au cas où l'on traite une pneumopathie.

Le plus souvent la voie buccale se montre très satisfaisante. Ce n'est qu'au début qu'il peut être utile de lui adjoindre la voie parentérale.

4° *Associations thérapeutiques.* — On insistait naguère beaucoup sur certaines exclusions thérapeutiques. A l'heure actuelle on s'accorde à ne rejeter absolument que les sulfates alcalins, générateurs de cyanose par sulfhémoglobinémie. Il est bien facile de s'en passer.

Mais toutes les autres thérapeutiques sont possibles, y compris l'arsenic, l'or, le pyramidon, l'aspirine, etc.....

Il ne faut cependant pas donner d'uroformine (héxaméthylène tétramine) en même temps que le sulfathiazol.

Il est néanmoins prudent, sauf nécessité évidente, de faire le moins possible de thérapeutiques agressives pendant le cours de la sulfamidothérapie. En particulier, arsenic, or, pyramidon, et en général toutes substances jugées capables d'être facteur d'agranulocytose, ne seront pas mises en œuvre en même temps que les sulfamides.

Il faut insister sur le fait que la sulfamidothérapie n'a pas changé certaines règles essentielles : quand il y a un foyer localisé, un abcès par exemple, s'il est accessible, il faut intervenir chirurgicalement. De même, pour une mastoïdite, point de départ de la méningite traitée.

Certaines thérapeutiques associées peuvent être utiles à titre préventif des accidents (ou incidents) de la sulfamidothérapie : bicarbonate de soude contre l'acidose dans le cas de sulfanilamide, contre la précipitation urinaire dans le cas de la sulfapyridine ou du sulfathiazol, à la dose équivalant aux deux tiers ou même à la totalité de la dose du corps sulfamidé prescrit ; amide nicotinique contre la porphyrinurie et la photo-sensibilité qui en résulterait ; acide ascorbique, à notre sens plus utile, pour protéger la moelle osseuse, à la dose de 300 à 500 milligrammes par jour, soit par voie buccale, soit par voie veineuse (Long et Bliss) ; hépatothérapie pour certains.

5° *Cas particuliers.* — On sait la nécessité de donner *chez l'enfant* des doses proportionnellement beaucoup plus fortes (0 gr. 15 à 0 gr. 30 de 1162 F par kilogramme de poids corporel au lieu de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 chez l'adulte).

A l'inverse, on pourrait penser que le vieillard est justiciable

(1) P. Harvier et M. Perrault. Sulfamidothérapie. Doin, 1942.


PRODUITS BONTHOUX
VILLEFRANCHE s/S. RHÔNE
FLUXINE
EVONYL
FORMULE
JACQUEMAIRE
N° 60



COMPRIMÉS

LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)



Opothérapie
Hématique *Totale*

Syndromes Anémiques — Déchéances Organiques

Sirop : Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)







de doses relativement faibles. En réalité tout dépend de l'état de son émonctoire rénal. Si les altérations rénales sont fréquentes chez le vieillard il ne semble pas que, dans la généralité des cas, elles soient très gênantes en ce qui concerne l'application du traitement sulfamidé. La surveillance sera seulement plus attentive (Breton), et surtout on évitera là aussi les sulfamidothérapies inutiles.

On possède peu de documents concernant la sulfamidothérapie active chez la femme enceinte. Ayant eu l'occasion d'en traiter quelques-unes pour gonococcie nous avons fait usage de doses moyennes de 693 qui ont été parfaitement supportées. Durel dans son livre ne signale pas non plus d'incidents ou d'accidents particuliers.

Certaines difficultés peuvent venir de la constatation de tares organiques antérieures au traitement : hépatiques, rénales, sanguines. Ce sont ces dernières qui imposent la plus grande prudence et indiquent de renforcer la surveillance et de mettre en œuvre préventivement les médications antianémiques ou protectrices de la moelle osseuse (extraits hépatiques, acide ascorbique, transfusion). Le mauvais fonctionnement rénal est surtout gênant s'il y a des troubles de la diurèse dans le sens de l'oligurie. Il vaut sans doute mieux dans de tels cas user du 1162 F que du 693 et n'employer que des doses plus faibles — dans la mesure précisément où l'élimination rénale est moins importante.

Si l'on est amené à reprendre le traitement, ce qu'il ne faut faire que si cela est vraiment utile, on gagnera, sauf grande urgence, à tâter la susceptibilité du sujet par l'administration d'une petite dose test et l'évaluation de ses effets non seulement cliniques (réactions générales, troubles thermiques....) mais aussi biologiques (équilibre hémo-leucocytaire en particulier). En tous cas il est contre-indiqué de reprendre une nouvelle série par voie intra-veineuse, la brutalité de l'injection déclenchante pouvant là entraîner des accidents particulièrement sévères.

6° *Surveillance du malade au cours de la sulfamidothérapie.* — En dehors même de la surveillance normale au cours de toute maladie (fièvre, pouls, diurèse) il est essentiel de repérer l'état sanguin (formule et numération hémoleucocytaire, évaluation du taux d'hémoglobine, temps de saignement et de coagulation, signe du lacet) au départ du traitement et de le suivre aussi régulièrement que possible, tous les deux à trois jours par exemple. Le taux de l'hémoglobine peut avantageusement être évalué chaque jour.

Enfin, on n'omettra pas, même si le traitement est arrêté, à plus forte raison s'il est poursuivi, de pratiquer les examens sanguins aux dixième et quinzième jour.

Les incidents tels que céphalée, cyanose sans méthémoglobinémie importante, légère intolérance digestive, n'indiquent pas l'arrêt du traitement et ne le gênent d'ailleurs pas.

L'intolérance digestive très marquée peut être fort gênante. Nous avons indiqué plus haut qu'elle obligeait à la voie parentérale ou au changement de drogue. Elle est surtout fréquente avec le 693. Le 1162 F n'en donne guère. Le sulfathiazol non plus.

Une acidose *très marquée* (c'est rare d'ailleurs) malgré le bicarbonate indiquerait l'arrêt du traitement si c'est possible ou le changement de produit si le traitement doit être poursuivi. On sait que l'acidose se voit surtout avec le 1162 F et exceptionnellement avec le 693.

La tendance à l'oligurie indique également la prudence et la diminution des doses.

La survenue d'un érythème, du type érythème du neuvième jour, ne contre-indique pas en principe la continuation du traitement, qu'il soit isolé ou accompagné de fièvre. Cependant il nous semble qu'il faut être prudent, car de tels accidents peuvent être prémonitoires d'accidents cutanés plus graves ou d'accidents sanguins. Remarquons que si l'érythème survient du huitième au dixième jour, on se trouve à la fin du traitement normal tel que nous l'avons indiqué, il n'y a donc pas d'inconvénients à le cesser.

Les accidents graves, hépatiques ou sanguins par exemple, indiquent bien entendu l'arrêt du traitement.

Il y a intérêt dans ce cas à éliminer le plus vite possible le corps sulfamidé en cause. D'après Long, *l'eau est le véritable antidote de la sulfanilamide et de ses dérivés.* On administrera donc de larges quantités d'eau (tisanes, eau lactosée, eaux minérales.....) qui accroîtront la diurèse et favoriseront l'élimination du produit, chaque fois que pour une cause quelconque on désirera cesser le traitement et désimprégner l'organisme.

Marcel PERRAULT
Médecin des hôpitaux de Paris

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Sulfamidothérapie et encéphalite post-vaccinale

M. de Grailly (*Presse Médicale*, 10 juin 1942) rapporte un cas d'encéphalite post vaccinale caractérisé par une réaction locale très vive avec dissémination de pustules vaccinales et une énorme escarre, et d'autre part, par un état général extrêmement touché avec hyperthermie, convulsions et hypertonie pyramidale.

Après absorption de 8 gr. 50 de sulfapyridine, tous les phénomènes ont disparu sans laisser aucune séquelle.

L'auteur insiste sur l'obéissance rapide du virus, avec des doses faibles de sulfapyridine. Cette médication semble devoir être utilisée pour éviter les accidents graves ou les séquelles de l'encéphalite vaccinale.

Traitement des érythèmes fessiers du nouveau-né par la sulfamidothérapie locale

L'infection joue certainement un grand rôle dans la pathogénie de ces œdèmes, affirme M. Lacomme (*Bulletin Médical*, 15 juillet 1942) et si l'on arrive à éliminer cet élément infectieux, la simple irritation cutanée due à l'action de l'urine et des matières se trouve très réduite. C'est ce qu'on obtient par la poudre de 1162 F. Le poudrage est répété à chaque change ; après avoir bien nettoyé et séché la peau. Le résultat est excellent. et dès le second jour on voit la rougeur s'atténuer. M. Lacomme a essayé aussi ce traitement préventivement, et chez les enfants ainsi traités, la peau est restée absolument indemne.

La sulfamidothérapie présente donc une remarquable efficacité sur les érythèmes fessiers des nouveaux-nés, tant à titre préventif qu'à titre curatif.

Sur l'emploi du sulfamide dans les ostéites traumatiques fistuleuses

M. Lenormant (*Presse Médicale*, 4 juillet 1942) devant les résultats obtenus par la sulfamidothérapie locale et générale dans les plaies des membres, a appliqué le même traitement dans les ostéites traumatiques fistulisées, dues au streptocoque.

Cette méthode n'exclut pas l'acte chirurgical, mais c'est pour essayer d'améliorer les suites opératoires, d'obtenir une guérison plus rapide qu'on lui associe la sulfamidothérapie.

M. Lenormant a utilisé le 1162 F, sous forme d'applications locales, pulvérisations ou introduction dans le foyer de crayons de sulfamide. Lorsque la plaie opératoire a été suturée, il faut continuer à administrer le sulfamide par voie buccale, pour maintenir sa concentration dans le sang.

Les résultats sont plus favorables que ceux obtenus par la méthode de tamponnement : peu de suppuration pas de réaction fébrile, bourgeonnement et comblement rapide de la cavité.

Par contre le résultat a paru sans action sur la pseudarthrose, mais la désinfection du foyer par les sulfamides a permis de réussir une ostéosynthèse.

Enfin grâce aux sulfamides M. Lenormant a pu obtenir dans trois cas la réunion par première intention, refermant le foyer osseux sans tamponnement, ni drainage.

L'association de la sulfamidothérapie au traitement chirurgical a également été tentée par MM. Lenormant et Calvet (*Presse Médicale*, 18 juillet 1942) dans certaines des localisations osseuses de la staphylococcie, dans les suites tardives de l'osteomyélite chronique. Les résultats ont été moins favorables que dans les ostéites traumatiques.

Mais dans l'ostéomyélite aiguë, les effets de la médication iodo-sulfamidée — l'iode permettant de faire fondre les formations nodulaires infectées par les microbes — ont donné des résultats remarquables ; institué de façon très précoce, avant que ne soient survenues les lésions irrémédiables de l'os, l'iodo-sulfamidothérapie, par son action presque immédiate sur la douleur, sur la température, a jugulé des poussées inflammatoires qui aboutissaient à la suppuration.

Si ce traitement a réussi à « diminuer d'un degré » la gravité de l'ostéomyélite, il mérite d'être poursuivi.

Les tuberculoses aiguës du post-partum

Elles sont le plus souvent mortelles. Cela, disent MM. Raybaud. P. Laval et A. Portier (*Marseille médical*, 15 avril 1942), impose quelques principes : Examen radioscopique pulmonaire systématique et répété des femmes enceintes. Dépistage des tuberculoses annexielles et péritonéales chez les jeunes femmes. Interdiction de la grossesse chez toute jeune femme atteinte de lésions pulmonaires évolutives ou génitales.

Lorsque les lésions pulmonaires sont constatées au cours d'une grossesse et sont évolutives, mise en œuvre immédiate de la thérapeutique nécessaire. S'il s'agit d'une forme aiguë survenant dans le post-partum, malgré la gravité du pronostic, tout sera tenté. L'expérience a montré aux auteurs, dans un cas particulier de tuberculose pulmonaire pneumonique droite, l'efficacité de l'association phrénicectomie, pneumopéritoine.

ECHOS & GLANURES

Une allocution radiodiffusée du Secrétaire d'Etat à la Santé. — Le Docteur Grasset a prononcé l'allocution suivante le 18 juillet :

Sous la haute autorité du Maréchal, Chef de l'Etat, Monsieur le Président Laval, Chef du Gouvernement, m'a confié la Direction du Département de la Santé.

Le sens de ce choix n'est pas équivoque : c'est au *Médecin praticien* qu'il a été fait appel parce que les problèmes de la Santé relèvent d'abord de ceux qui ont été formés à l'Art médical et qui l'ont longuement exercé.

Il est donc naturel que je m'adresse d'abord à mes confrères, les Médecins de France et de l'Empire, et que je rende hommage aux efforts loyaux et désintéressés des Conseils de l'Ordre.

Il m'est apparu, toutefois, comme à la plupart d'entre nous, qu'une réorganisation complète de la profession entraînant elle-même une réforme profonde des « us et coutumes » était nécessaire.

Le pays qui souffre a droit qu'à sa détresse le médecin apporte largement le secours cohérent de son expérience scientifique et de sa valeur morale.

Je crois que les médecins peuvent donner à la collectivité nationale un concours plus large, plus efficient, qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici.

Je veux en définitive améliorer tout à la fois la condition actuelle de la profession médicale et les services qu'en attendent ceux que guette et afflige la maladie.

Si l'on analyse loyalement les aspirations de la Société dans le domaine du perfectionnement humain, il apparaît que l'effort individuel silencieux, absolu de chaque médecin pourrait être facilement amplifié, développé et mieux utilisé, dans un cadre d'ensemble.

Pour en arriver là, il faut que sans tarder, les médecins prennent connaissance d'eux-mêmes, de ce qu'ils représentent comme capital intellectuel et scientifique et qu'ils mettent ce potentiel à la disposition de la Nation meurtrie.

Il faut que les médecins abandonnent cet individualisme excessif qui rétrécit leur champ d'action et qui amenuise leur fonction sociale.

Regroupés, ils abandonneront la formule périmée de ne s'unir que contre quelque chose ou quelqu'un.

Seule est convenable une besogne hardiment positive.

***

Médecins de France et de l'Empire, c'est à cette tâche noble que je vous convie.

Demain, je vous apporterai l'armature d'une Corporation faite selon les intentions du Maréchal. Elle vous confèrera, ainsi qu'aux praticiens de l'Art dentaire, des responsabilités nouvelles et vous intégrera dans l'élite que le régime s'efforce de former.

Si quelque délai est nécessaire, cela tient uniquement aux circonstances, mais la réalisation est certaine et mon engagement formel.

Je mettrai entre vos mains l'outil qui forgera le destin de la médecine rénovée, libérée des formalités tracassières.

Si vous acceptez de penser et d'agir en commun pour le mieux être de tous ceux qui relèvent de votre Art, vous y puiserez de grandes satisfactions.

Les dispositions nouvelles distingueront l'*Organisation professionnelle* proprement dite, chargée de toutes les attributions corporatives et assumant la défense et la gestion des intérêts de la profession, et l'*Organisation juridictionnelle* qui aura la garde de l'honneur, de la dignité et de la moralité de la Profession.

Les mêmes hommes ne peuvent à la fois gérer des intérêts matériels et juger leurs pairs.

L'Organisation professionnelle sera une émanation directe du Corps des praticiens, l'Organisation juridictionnelle sera choisie sur présentation par des conseils qualifiés.

L'ensemble constituera le Conseil national de l'Ordre des médecins. Il reposera sur les bases solides d'une bonne organisation intérieure et se réclamera des principes d'autorité et de prestige.

Issue de ces éléments, la Corporation doit être forte. Elle doit *croire* en sa mission. Elle réalisera ses buts dans l'enthousiasme et dans l'élan.

Les buts ? Les voici :

Participer selon un plan concerté, dans une collaboration ouverte, au plein épanouissement technique de toutes les ambitions médico-sociales de la Nation, d'où qu'elles émanent, chacun donnant le meilleur de ses moyens dans l'harmonie d'une organisation professionnelle puissante.

Les moyens ?

Une meilleure place aux jeunes, frémissants d'impatience, chargés des espoirs d'une science passionnément attachée à la découverte des problèmes humains et qui porte au loin le renom de la France.

Une retraite pour ceux qui, ayant largement dispensé leur expérience, prodigué leur art, accepteraient de transmettre le flambeau.

***

La France a besoin, éperdument besoin, du concours solidaire de tous ses fils pour panser ses blessures, refaire un peuple et lui donner une âme.

Parmi eux, le médecin confident des familles, charitable par nature, social par destination, a un rôle de haute qualité morale, un rôle privilégié à exercer.

Sa profession restera libérale s'il sait, par la dignité d'un grand exemple collectif, l'élever au-dessus de mesquines contingences.

Et sa mission sera magnifiée si elle s'exalte dans un grand sentiment de solidarité nationale.

Praticiens de l'Art médical et de l'Art dentaire, méditez mes propos, dégagez-en l'intention et le sens.

Au sein du Gouvernement, je saurai interpréter vos aspirations, traduire votre état d'âme. En retour, vous accorderez largement tout ce qu'en votre nom, je promets au pays :

La médecine de demain apportera à tous les Français ce qu'ont déjà d'autres peuples : le bénéfice, sans entrave ou mesure, du progrès scientifique et des techniques les plus modernes.

La Corporation animera avec ferveur toutes les organisations tendant à l'exploitation d'une vie plus saine et plus heureuse.

J'ai soumis d'autre part à l'agrément du Maréchal une loi sauvegardant les droits légitimes de tous les membres du Corps médical, retenus encore en Allemagne pour donner leurs soins à nos chers prisonniers.

Si la relève de ces Sanitaires n'atteint pas encore l'ampleur que nous désirons, que leurs familles sachent que nous y employons, avec le Service de Santé militaire, le meilleur de notre sollicitude, et qu'à leur retour, la solidarité confraternelle s'efforcera d'atténuer les amertumes d'un long exil.

***

Médecins de France et de l'Empire, j'ai confiance en votre sentiment permanent du devoir.

Votre acte de foi illustrera pour la médecine française, le pathétique appel du Chef du Gouvernement Pierre Laval :

« On ne remonte des abîmes du malheur que par les sentiers du courage. »

Au chevet de la souffrance humaine, le courage c'est d'être toujours plus humain. Soyez intégralement Médecins et Français et vous vous sentirez grands.

La mort de Larrey (25 juillet 1842). — En 1842, Larrey, qui avait alors 76 ans, réclama l'inspection des hôpitaux de l'Algérie. Parti le 5 mars avec son fils, il fut de retour à Toulon le 9 juillet. Pendant la traversée, il avait été atteint d'une bronchite aiguë pour laquelle les chirurgiens du vaisseau proposèrent une saignée du bras. Le malade refusa en objectant qu'on devait remettre à l'arrivée à Toulon, le traitement d'une maladie à laquelle il était sujet et qu'il considérait comme légère. Les symptômes s'aggravèrent les jours suivants et les officiers de santé appelés en consultation diagnostiquèrent une « bronchite compliquée de pneumonie avec engouement ».

Larrey fut saigné six fois et, ayant éprouvé une légère amélioration, il décida de continuer son voyage, impatient qu'il était d'arriver à Paris et de retrouver sa femme elle-même gravement malade (1).

A Aix, à Avignon, le malade dut s'arrêter un jour, mais il n'en continua pas moins sa route sur Lyon où il arriva le 24 juillet.

La dyspnée, la toux avaient augmenté, le pouls était à 110, intermittent, en même temps qu'une diarrhée profuse venait encore compliquer la situation.

Les officiers de santé de Lyon conseillèrent « du bouillon de poulet léger, quelques verres d'eau tempérée et édulcorée de sirop de violettes » et une potion avec kermès et oxyde blanc d'antimoine.

La nuit fut assez calme. Au matin, les consultants auxquels s'était joint Popelinière, médecin chef de la Charité, jugèrent l'état de Larrey extrêmement grave et proposèrent d'agir « au moyen de révulsifs sur la peau ». Des vésicatoires, des sinapismes furent appliqués sur les membres inférieurs et la potion kermétisée continuée.

Dans la journée, le malade put s'asseoir à plusieurs reprises sur son lit ; mais il demanda avec tant d'insistance qu'on enlevât vésicatoires et sinapismes qui le faisaient souffrir, qu'on finit par obéir à ses injonctions.

A la consultation de l'après-midi, l'état du malade fut reconnu « au-dessus des ressources de l'art » et les médecins demandèrent à l'aumônier de « faire une visite à M. Larrey qui l'accueillit fort bien et resta en conférence avec lui ».

A cinq heures du soir, le médecin de la Grande Armée avait cessé de vivre.

Son corps, embaumé par Coutagne, Bouchet, Leriche et Buisson, fut transporté de l'Hôtel de Provence à l'Eglise Saint-François et de là transféré à l'hôpital militaire en attendant sa translation à Paris.

Hippolyte Larrey avait demandé que le corps de son père reposât aux Invalides. Le maréchal Soult, qui avait toujours sur le cœur l'affaire des conscrits mutilés de Bautzen, refusa et la Ville de Paris accorda à Larrey une concession à perpétuité au cimetière du Père-Lachaise.

Lors de l'embaumement, Hippolyte Larrey, avait fait mettre de côté le cœur qui fut conservé d'abord en l'Eglise Saint-Germain-l'Auxerrois, puis déposé dans les caveaux de l'Eglise du Val-de-Grâce le 25 juillet 1854.

En 1924, Monery, médecin du Musée du Val-de-Grâce, demanda une sépulture plus spectaculaire pour le cœur de Larrey dont il n'avait d'ailleurs retrouvé que la moitié gauche dans la crypte du Val-de-Grâce. On chercha alors à l'hôpital Desgenettes à Lyon où une inscription indiquait la présence du cœur de Larrey. L'ouverture de l'urne fit voir qu'il s'agissait en réalité de l'estomac et de l'intestin. Et le projet de Monery resta sans exécution.

Depuis, le bocal contenant le cœur gauche de Larrey a passé de vitrine en vitrine pour échouer dans quelque cave de repli au moment de la débâcle. Nous n'avons plus le culte des reliques.

E. Bomboy.

(1) Mme Larrey devait mourir le 22 juillet à Bièvres.



TRAVAUX ORIGINAUX

Fonction ovarienne et milieu vaginal [1]

Par le Docteur Irène BERNARD,
Licencié ès-sciences

L'appareil génital féminin comprend deux sortes d'organes absolument différenciés :

Les organes nobles, les ovaires dont la fonction est double (fonction hormono-sécrétoire et fonction de reproduction).

Les voies génitales : les trompes, carrefour de l'ovulation ; l'utérus, berceau de l'ovule fécondé ; le vagin qui offre à chaque instant les meilleures conditions de tropisme pour la rencontre nécessaire de l'ovule avec le spermatozoïde.

Deux notions fondamentales dominent la biologie sexuelle moderne :

I. — *Le développement des ovaires est lié à une action extra-génitale, sans doute d'origine antéhypophysaire.*

Cushing a, le premier, effectué l'hypophysectomie sur l'animal. Il a constaté :

que sur l'animal impubère hypophysectomisé, les gonades ne se développent pas, ni les caractères sexuels secondaires,

que sur l'animal adulte hypophysectomisé, il y a régression des gonades primitivement développées.

Smith, après ablation de l'hypophyse, constate que l'ovaire du rat s'atrophie et diminue de poids (de 5 mmgr. à 2 mmgr.). L'implantation de tissu hypophysaire provoque par la suite le développement de l'ovaire précédemment atrophié (Zondek, Aschheim, Smith).

L'hypophysectomie entraîne donc l'atrophie des glandes génitales et l'implantation secondaire de tissu antéhypophysaire provoque le développement des glandes génitales atrophiées. Il est dès lors logique de penser que « le lobe antérieur de l'hypophyse est le moteur de la fonction ovarienne par le moyen de substances qui ont été appelées hormones gonadotropes ou gonadotrophines » (Moricard).

II. — *Le développement et le comportement du tractus génital au cours de la vie est sous la dépendance ovarienne.*

Au niveau du vagin, la présence de glycogène dans les cellules épithéliales est nécessaire pour l'apparition du bacille de Döderlein. Hôte habituel du vagin, celui-ci ne peut vivre que sur des milieux riches en glucose, et il est l'un des rares bacilles qui puisse survivre dans un milieu à acidité forte, en particulier à un pH $\leqslant$ 4,5 qui est l'acidité physiologique du vagin. Cette acidité vaginale forte est due à la fermentation du glycogène en présence du bacille de Döderlein et à l'acide lactique qui en résulte. Elle sauvegarde le vagin contre la flore pathologique.

Or, la présence de glycogène dans les cellules épithéliales du vagin, l'apparition du bacille de Döderlein dans la flore vaginale, l'acidité vaginale forte due à la formation de l'acide lactique et l'intégrité de la flore vaginale, sont facteurs de la fonction ovarienne.

De même l'apparition de la glaire cervicale filante au moment de l'ovulation.

De même la prolifération des muqueuses vaginale, cervicale, utérine. Je passe volontairement sous silence le comportement de la muqueuse tubaire.

Les dépendances du tractus génital et de la fonction ovarienne sont mises en évidence lorsque l'on compare leurs fluctuations respectives au cours de la vie. Le comportement normal du tractus génital se trouve réalisé toutes les fois qu'il y a action folliculinique normale. Lorsque cette action cesse ou n'existe pas, il y a simultanément régression de tous les phénomènes vaginaux et utérins.

	Sécrétion folliculinique	MILIEU VAGINAL			Glaire cervicale filante	Muqueuse vaginale	Muqueuse utérine
		Glycogène	Doderlein	PH $\leqslant$ 4,5			
A la naissance	+	+		+			
Du 9e jour à la puberté	—	—	—	—	—	atrophie	atrophie
Vie génitale.	+	+	+		+	proliferation	prolifération
Après la ménopause..	—	—	—	—	—	atrophie	atrophie

D'autres faits signent en outre cette concordance :

Chez la fillette, avant la puberté, l'injection de folliculine fait apparaître de nombreuses vacuoles de glycogène dans les cellules épithéliales de la muqueuse vaginale, en même temps qu'une grande quantité de bacilles de Döderlein. L'efficacité des injections de folliculine dans les vulvo-vaginites des petites filles en est la meilleure preuve.

Chez la femme castrée ou ménopausée, on constate la disparition du glycogène vaginal, du bacille de Döderlein, de l'acidité forte des sécrétions vaginales, l'atrophie de la muqueuse vaginale et de la muqueuse utérine. L'injection de folliculine augmente la teneur en glycogène du vagin, l'acidité vaginale et provoque la prolifération de la muqueuse utérine.

(1) Travail de la consultation de stérilité du service de clinique du Professeur JEANNENEY, à Bordeaux..

FEUILLETON

IL Y A CENT ANS

Un grand procès à propos d'embaumement

Un certain nombre de procès intéressant les médecins ont défrayé les annales judiciaires, il y a une centaine d'années. Nous voudrions exposer aujourd'hui l'affaire Marchal (de Calvi)-Gannal qui fit grand bruit entre les années 1841 et 1844.

Gannal était de son métier pharmacien et chimiste ; il avait même servi pendant la campagne de 1812 comme chirurgien militaire. Mais il n'avait aucun droit au titre de docteur que lui conférè bien gratuitement le Grand Dictionnaire Larousse. Plus tard, il se fit embaumeur. Il se donnait comme l'inventeur d'un procédé qui devait remplacer les méthodes anciennes pour la conservation des corps. Jadis, quand on voulait s'opposer à la putréfaction des cadavres, on avait le choix entre plusieurs méthodes, car de très bonne heure, les hommes désirèrent assurer l'immortalité aux formes soit de leurs grands hommes, soit de ceux qu'ils avaient particulièrement chéris en leur vie terrestre. Les Egyptiens, on le sait, commençaient par vider le crâne par voie nasale, le remplissaient de résines et d'aromates ; puis ils retiraient les viscères du thorax et de l'abdomen, lavaient la cavité à l'aide de vin de palme et remplissaient ces régions également d'aromates et d'asphalte. Le cadavre alors recousu, on le lavait, on le salait, on le recouvrait de natron (carbonate de soude hydraté) et, au bout de deux mois, on l'oignait d'huile de cèdre, on l'enduisait de baumes et on l'enveloppait de bandelettes qui étaient fixées avec de la gomme arabique.

Du XVe au XVIIIe siècles, on procéda un peu différemment. On pratiqua parfois la décarnation en enlevant non seulement les viscères, mais la plupart des muscles, ce qui équivalait à ne conserver que les os et la peau. Mais surtout on imita la méthode égyptienne en bourrant le cadavre de poudres aromatiques, que l'on remplaça plus tard par du sublimé. Or, on constata, en ouvrant, pendant la Révolution, les tombeaux royaux de Saint-Denis, que le procédé ne donnait aucune garantie, car le corps de Louis XIV, qui avait été ainsi traité, fut trouvé réduit à un putrilage liquide, alors que celui de Louis XV, qui avait été simplement salé, était très bien conservé.

Enfin vint le procédé qui consistait à injecter dans le système artériel des substances ennemies de la putréfaction, parmi lesquelles, l'arsenic et les sels d'alumine. C'est cette pratique que Gannal prétendait avoir inventée et, fort de son droit, il n'admettait pas qu'un autre s'en servît. Le liquide dont il usait était une solution de sulfate et de chlorure d'alumine à laquelle il est probable qu'était adjointe une certaine proportion d'arsenic (?). Un médecin, nommé de Brouard, ayant embaumé un cadavre par l'injection dans la carotide primitive d'un autre

En résumé :

Présence de glycogène = présence de bacille de Döderlein, = acidité forte, prolifération normale du tractus génital, *sécrétion ovarienne normale* ;

Peu ou pas de glycogène = peu ou pas de bacille de Döderlein, acidité faible, atrophie des muqueuses du tractus génital, *sécrétion ovarienne anormale*, état pathologique des ovaires ainsi que du milieu vaginal.

Or, au niveau du vagin, au niveau de la muqueuse utérine, et même au niveau des trompes par l'insufflation tubaire, on peut vérifier tous ces phénomènes. De sorte que tout le tractus génital est véritablement « le miroir de l'ovaire ».

Conclusions pratiques

La présence de glycogène au niveau des cellules vaginales peut être mise en évidence par le test de Schiller, qui consiste à pulvériser le vagin avec la solution iodo-iodurée (I = 1 g. ; I k = 2 g. ; H_2O : 300 g.).

On doit obtenir une belle teinte brun acajou, caractéristique du glycogène et d'une sécrétion ovarienne normale. Une teinte chamois indique une teneur insuffisante en glycogène, due peut-être à une sécrétion ovarienne insuffisante. Lorsque la pulvérisation donne l'aspect de grains de riz blanchâtres, il est nécessaire de faire une biopsie, car cette méthode est un excellent test de dépistage du cancer au début.

La présence de bacilles de Doderlein est vérifiable au microscope.

L'acidité vaginale forte peut être mesurée colorimétriquement, en particulier par le réactif de Guillaumin, qui est un mélange de bleu de bromo-thymol et de rouge de méthyl.

Il suffit de déposer sur une lame de verre, une goutte de la sécrétion et d'y ajouter une goutte de réactif.

La gamme des virages est la suivante : rouge : 4,5 ; orangé : 5 ; jaune : 6 ; vert : 6,6 ; vert bleu, aucun virage : 7 ; bleu : 74, et au-dessus.

L'apparition de la glaire cervicale filante au moment de l'ovulation se décèle facilement avec une pince à pansements.

L'état de la muqueuse utérine à un moment donné du cycle peut être vérifié par biopsie endométriale.

L'équilibre hypophyso-génital domine certainement la vie sexuelle. Les tests génitaux ont été particulièrement élucidés. Les tests d'origine hypophysaire (en dehors des renseignements que l'on peut tirer de la croissance, de l'examen de la voûte plantaire au cours du cycle menstruel, de l'endocrinodiagramme, de la radiographie, de l'examen du champ visuel) restent encore dans le domaine de l'incertitude.

PRATIQUE UROLOGIQUE

Quel est le meilleur mode de diagnostic de la pierre de vessie ?

Par M. le Dr F. CATHELIN

Le meilleur mode de diagnostic de la pierre de vessie est, avant tout, la clinique. Un médecin habile qui sait interroger son malade ne s'y trompe pas.

Le plus souvent, il s'agit d'un homme d'un certain âge, de 50 à 70 ans, qui souffre de la vessie, douleur constante ou intermittente, exagérée surtout par la marche ou la voiture et, fait pathognomonique, localisée surtout à l'extrémité de la verge, dans le gland, et caractérisée alors par des élancements ou des picotements, en dehors des mictions.

En réalité, le malade souffre, dès qu'il présente déjà de la cystite, car, dans le cas contraire, il peut y avoir présence d'une pierre sans aucune douleur.

Quand l'infection, le plus souvent colibacillaire, existe et que la cystite s'est déclarée, on assiste alors au tableau complet de l'inflammation du réservoir, avec pyurie, douleur à la miction, fréquence des besoins, irritabilité anté et post-terminale, impériosité même et hématurie qui peut survenir avant, pendant ou après la miction.

L'important, c'est de reconnaître la nature de cette cystite et c'est précisément l'analyse de la douleur qui y conduit.

Autrefois, nos ancêtres n'avaient à peu près à leur disposition que ces seuls signes cliniques et ils ne se trompaient guère. Aujourd'hui, nous avons mieux, ce qui fait qu'il n'est plus possible de passer à côté d'un calcul vésical sans le voir.

***

Le diagnostic moderne de la pierre de vessie est aujourd'hui basé sur trois modes d'exploration qui permettent de faire un diagnostic pratique, expérimental.

Voyons donc successivement leurs avantages et leurs inconvénients afin de donner la palme au meilleur.

I. D'abord la CYSTOSCOPIE.

Il semble bien, en effet que, le fait de *voir* une pierre dans la vessie, à l'aide du cystoscope, constitue une certitude et qu'il ne doit rien y avoir de mieux. C'est, en réalité, une illusion.

D'abord parce que cette exploration, d'ailleurs très simple rencontre des difficultés qui sont celles du sondage lui-même.

Chez certains prostatiques surtout, l'instrument, à cause de

---

liquide que celui de Gannal, fut, en effet, poursuivi devant les tribunaux et condamné.

Mais il est de bonnes âmes et Marehal (de Calvi) en possédait une. Outré de voir ce qu'il considérait comme un déni de justice et aussi ne pouvant admettre que l'embaumement, qui lui paraissait un acte essentiellement médical (ce en quoi il exagérait sans doute), était pratiqué exclusivement par un industriel sans connaissances spéciales, il donna lecture, le 31 juillet 1843, à l'Académie des Sciences (1), d'un mémoire fort intéressant dans lequel il montra quelle était à cet égard la situation de ses confrères : ils devaient, quand on faisait appel à eux pour la conservation d'un corps, ou bien s'en tenir aux procédés anciens qui ne réussissaient pas, ou bien faire l'injection intra-artérielle et alors ils se heurtaient à l'interdiction de Gannal. Il y établit surtout que l'embaumement par injection artérielle n'était nullement une trouvaille de Gannal, mais avait été pratiqué fort longtemps avant lui. Il remonta, dans un aperçu historique, jusqu'à Regnier de Graaf, Swammerdamm, Lauth et Ruysch, lequel conservait ainsi des pièces anatomiques tellement parfaites que sa collection fut acquise à très haut prix par Pierre le Grand (il aurait pu mentionner également Hunter). Mais surtout il parla de Berzélius qui, en 1833, avait réalisé la conservation d'un cadavre dans lequel il avait injecté de l'acide pyroligneux par l'artère poplitée et de Tranchina qui, en 1835, avait réussi un embaumement par injection dans l'artère carotide gauche d'une solution d'arsenic colorée avec un peu de minium et de cinabre, complétant cette opération par l'introduction d'une pareille solution dans la cavité abdominale. Le brevet pris par Gannal, disait-il, étant de 1837, celui-ci n'avait aucun droit de priorité, sauf en ce qui concernait le liquide dont il se servait.

Gannal, touché dans ses plus chers intérêts, protesta à son tour devant l'Institut. Il s'appuyait sur cet argument — toujours valable, malheureusement, — que l'industriel qui prend un brevet pour l'application d'un principe ne doit aucun compte au savant qui a posé ce principe. Il se prétendait d'ailleurs à la fois le savant et l'industriel, étant donné que ses premiers essais étaient antérieurs à 1833, ce qu'il eût sans doute été en peine de démontrer. Il estimait qu'il avait pleinement droit au brevet qui lui avait été décerné, étant donné qu'il était le premier qui eût eu l'idée de conserver par cette méthode des corps « destinés à la sépulture », tandis que les prédécesseurs qu'on lui opposait n'avaient agi que dans un dessein scientifique. Enfin, il demandait pourquoi les médecins, dont le rôle est de soigner les vivants, auraient plus de droits que personne à embaumer les morts.

Marehal (de Calvi) à son tour répliqua dans une lettre adressée à la *Gazette des Hôpitaux* en date du 15 août 1843. Il y répétait ses arguments précédemment exposés à l'Institut, montrait que Berzélius et Tranchina avaient fait autre chose que de poser

(1) Marchal choisit l'Académie des Sciences, a-t-il dit, parce que le mal, à son avis, venait de ce que cette Compagnie avait attribué à Gannal un [illegible] Montyon pour [illegible], ce qui l'avait [illegible] à le faire breveter.

sa coudure peut ne pas passer ; d'autres fois, quand il existe un très gros adénome, c'est avec peine que le cystoscope arrive à franchir « la montagne prostatique » et le prisme est à demi caché par le col ; d'autres fois enfin, par suite des difficultés de passage dans l'urètre postérieur, le prisme se couvre fatalement de sang dans la traversée prostatique et une fois arrivé dans la vessie, on n'y voit plus rien ou très confusément. Le fait d'enlever le cystoscope et d'y réintroduire un cystoscope-laveur est évidemment une petite complication.

Si cependant rien n'est venu troubler l'exploration, dans la traversée urétrale, l'instrument bien en place dans la vessie permet évidemment de voir facilement une pierre quand elle existe, mais là encore, de nouvelles difficultés surgissent : au cas de cystite, le malade souffre, ce qui se traduit par des contractions vésicales bien gênantes. Si la prostate est développée, elle cache plus ou moins une ou plusieurs pierres quand elles sont multiples ou ne fait voir qu'une portion de pierre unique.

Même dans certains cas, certains auteurs qui l'ont publié, ont pu prendre une tumeur calcifiée pour une pierre.

Tout cela n'est pas la règle c'est entendu, mais tout cela arrive puisqu'il y a peu de temps à Saint-Jean-de-Dieu, en avril 1942, j'opérais de la lithotritie un malade de province qui avait 32 pierres qu'il m'a été totalement impossible de voir à la cystoscopie, à ce point que le radiographe avait formulé son diagnostic ainsi : pierres multiples dans un diverticule.

En réalité, elles étaient dans la vessie. Je les ai brisées toutes et le malade a pu quitter guéri la maison de santé, quelques jours après avec, dans sa poche, un tube à essai plein de fragments calculeux.

Disons donc que la cystoscopie a ses limites et ses illusions.

C'est un mode parfait quand une grosse pierre allongée, phosphatique, blanchâtre, repose comme un sous-marin échoué, sur le bas fond vésical assez uni et dans une vessie sans cystite, mais rappelons que c'est un peu là une exception.

II. — Si la vue peut nous tromper, on peut la remplacer par l'*examen radiographique*. Là encore, il semble à première vue que ce soit parfait.

L'image d'une pierre ne peut tromper surtout quand on est bien sûr qu'elle est dans la partie moyenne du petit bassin.

C'est encore une illusion.

D'abord, rappelons que seules les pierres phosphatique-et oxaliques viennent bien à la radio. Les pierres uriques pures ne forment pas de taches et se laissent traverser par les rayons à moins qu'elles ne soient revêtues d'une croûtelle phosphatique.

Il n'en reste pas moins qu'il y a là une limitation dans cet examen.

En second lieu, quand il existe plusieurs pierres dans le réservoir, celle qui est « *cachée* » par les autres ne vient pas, de sorte que si le chirurgien ouvre la vessie, et enlève les deux pierres qu'il a vues, il en oublie une qu'un collègue plus averti découvre plus tard, souvent le *mois suivant*, comme dans un de mes cas où la pierre fut enlevée par la lithotritie.

C'est ici qu'il faut rappeler ce que j'ai qualifié d'*exploration méthodique de la vessie au doigt*, consistant, une fois la vessie ouverte, à bien explorer les coins ou cornes latérales du réservoir et surtout le bas-fond en arrière du lobe médian de la prostate qui peut ménager des surprises.

Malgré ces réserves, je considère la radiographie du petit bassin, quand on soupçonne une pierre de vessie, comme indispensable. Si elle ne donne pas toujours des renseignements complets, elle renseigne suffisamment pour faire comprendre au malade qui *voit* la nécessité d'une intervention urgente et surtout la nécessité d'une lithotritie, bien supérieure à la taille.

Il guérira dans le minimum de temps et le maximum de sécurité, ce qui est pour lui, un grand réconfort moral, surtout s'il est très âgé et appréhende l'intervention sanglante.

Je puis ajouter ici qu'il n'y a que bien peu de pierres non broyables, *une sur cent* en moyenne et qu'on peut les briser facilement, même si le volume dépasse celui de l'œuf de poule.

La dureté pourrait être un obstacle, mais elle est extrêmement rare.

III. — Reste un troisième mode d'exploration qui est à mon avis le meilleur : c'est l'*exploration métallique* de la vessie avec l'instrument de Guyon.

C'est au moins le triomphe de la simplicité. Ici ni apprentissage spécial comme avec la cystoscopie, ni matériel compliqué comme pour la radiographie.

Une simple tige métallique courbe à son extrémité distale et même de courbures différentes avec diamètre très réduit (n° 20 au plus) et facilité de passage chez les gros prostatiques à cause précisément de la forme de sa courbure, sorte de béniqué en miniature.

Ça passe toujours, surtout quand on y adjoint pour la traversée prostatique, le *coup de pouce périnéal* ou si besoin le toucher rectal.

La vessie n'a pas été vidée ou a été remplie de 150 grammes d'eau en moyenne. On peut donc y manœuvrer avec sécurité en tenant l'explorateur dans une position bien médiane, tantôt vertical, tantôt horizontal suivant le volume de la prostate. En réclamant le silence autour de soi, en percutant par de petits coups secs, tantôt à droite, tantôt à gauche en allant d'arrière en avant ou d'avant en arrière, il n'est pas possible que la présence d'une pierre échappe à l'examen, surtout si

---

des principes, que le droit de Gannal sur l'embaumement par injection intra-artérielle était nul et ne demeurait valable que pour le liquide dont il se servait. Il ajoutait que de Brouard avait été condamné à tort et que telle était la raison principale pour laquelle il intervenait, n'ayant aucune intention de se livrer à la pratique des embaumements.

Lettre de Gannal à la *Gazette* dans laquelle il dit : « Priez M. Marchal de pratiquer un embaumement par injection sans mutilation et surtout qu'il tâche que je sois informé à temps... Je promets ici et sur l'honneur de faire proclamer mon droit par un jugement ».

Un nouveau personnage entre alors en scène, qui n'est autre que Trousseau. Gannal ayant déclaré dans une dernière lettre à la *Gazette* : « J'ai fait saisir M. Trousseau en contre façon de mon brevet rue de l'Université par le commissaire de police et ne me suis désisté de ma plainte que par respect pour la Faculté de médecine dont M. Trousseau est professeur », ce dernier réplique par une lettre hautaine dont voici le texte :

« J'ai, en 1839, procédé à l'embaumement de M. d'Epinay, 19, rue de l'Université, assisté de MM. Pidoux et Barruel. Cet embaumement se fit par l'ancienne méthode après l'injection préalable dans la carotide. Un commissaire de police vint, pendant l'autopsie, me déclarant procès-verbal parce que je la faisais seulement vingt heures après la constatation du décès. Je crois me rappeler que derrière le commissaire de police, auquel j'avais été dénoncé par le sieur Gannal, celui-ci se glissa et fit, en présence de quelques membres de la famille, une sortie tellement inconvenante que l'on fut obligé de l'engager à se retirer le plus promptement possible. Depuis lors, je n'ai plus entendu parler de M. Gannal et je ne comprends pas ce qu'il appelle *désistement* d'une plainte dont je n'ai pas eu connaissance »...

Trousseau, au demeurant, soutenait énergiquement Marchal et avait même eu l'idée d'ouvrir une souscription pour l'aider à défendre la bonne cause. Mais il y renonça et Marchal résolut d'aller de l'avant en procédant lui aussi à un embaumement par voie intra-artérielle, se réservant d'employer, seulement un autre liquide que celui de Gannal. L'embaumement en question, celui d'un nommé Cipriani, eut lieu le 1er octobre 1843. Marchal avait prévenu le commissaire de police du quartier et il opéra devant ce magistrat en déclarant qu'il allait pratiquer l'embaumement par la méthode de Tranchina (de Naples). Puis il attendit. Il attendit même deux mois avant que Gannal, qui semble avoir hésité beaucoup avant d'agir, lançât les huissiers contre lui. Enfin, l'assignation vint et le procès fut inscrit pour le 5 janvier 1844.

La presse médicale, en cette occasion, se rangea du côté de Marchal et Fabre (Le Phocéen) ne manqua pas cette occasion d'écrire un brillant article. Il y disait :

« M. Gannal n'est pas médecin... En disant qu'il n'est pas médecin, nous ne voulons que faire remarquer cette singularité d'une loi fiscale qui a permis à un homme étranger à l'art de pouvoir exercer le monopole de l'embaumement alors qu'une autre loi, plus morale, plus décente, à notre avis, permet aux méde-

le bassin du malade est surélevé et que l'oreille attentive pendant cette percussion s'approche du pubis.

Dans le cas de pierre molle phosphatique, le son est sourd, mais net ; au contraire dans le cas de pierre dure, urique, on peut l'entendre à l'autre bout de la salle.

C'est bien le triomphe de la simplicité et je pourrais ajouter le triomphe de la précision et de la sécurité, car cette exploration, correctement faite, nous renseigne exactement sur les cinq points suivants :

1o La présence de la pierre ;
2o La nature de la pierre (à cause du son) ;
3o Le nombre des pierres (à cause du bruit de cliquetis) ;
4o La situation exacte de la pierre comme côté ;
5o La grosseur de la pierre par la mensuration au doigt sur la tige externe de l'explorateur quand on percute le calcul d'arrière en avant.

On avouera qu'il y a un ensemble de choses qui fait de ce mode d'exploration un *procédé idéal* qui ne trompe pas et que déjà d'ailleurs, les anciens lithotomistes du grand siècle employaient, sous sa forme primitive, mais déjà suffisante.

***

Cette rapide esquisse montre que nous sommes merveilleusement armés pour diagnostiquer, le calcul de vessie et que nous sommes loin de la clinique impériale qui a méconnu la pierre de Napoléon III, mais ce qu'il faut savoir comme corollaire, c'est que *fidèles au serment d'Hippocrate*, il ne faut pas faire de taille pour les enlever, ce qui est long, grave et peu élégant, mais qu'il faut, pour ainsi dire, les opérer tous par la lithotritie, la merveille des merveilles qui est peut-être la plus belle opération que le génie médical ait trouvé en rendant simple et inoffensive une intervention dont on cherchait la solution depuis 2.000 ans.

Régimes, vitamines et équilibre alimentaire, vers une thérapeutique nouvelle, par Lucie RANDOIN et Alfred ROSSIER, 1942. Un volume in-8 72 pages, 32 francs. Baillière, éditeur, Paris.

Dans la première partie sont précisées les lois essentielles de l'alimentation rationnelle. Dans la seconde, les auteurs étudient toute une série de régimes pour malades en fonction des équilibres alimentaires et de leurs exigences.

Technique du traitement de la psychasthénie par la méthode Vittoz, par le Docteur George MONTANDON. Un volume in 8, 76 pages, 62 figures, 20 francs. Baillière, éditeur, Paris.

Tout médecin peut, ce manuel en main, tenter un traitement déjà connu, mais dont on ne précisait pas assez la technique.

COURS ET CONFÉRENCES

L'hyperlaxité ligamentaire : affection endocrinienne [1]

Par J.-A. HUET

N'est-il pas singulier de voir comment on méconnaît l'importance du système ligamentaire dans l'économie. Sappey et surtout Malgaigne l'avaient cependant bien décrit. De notre temps Policard a étudié la physiologie générale des articulations et Leriche, par ses applications thérapeutiques, a mis en valeur la richesse nerveuse du ligament.

Embryologiquement, le ligament, d'origine mésenchymateuse, a la valeur d'une pièce squelettique (Mutel). Sa structure est celle de tous les moyens d'union dérivés du mésenchyme (ligaments, tendons, muscles transformés) et Beylot et Baudrimont en prennent comme type le ligament suspenseur du foie du lapin.

Histologiquement, il est formé de faisceaux conjonctifs, comme la capsule et les tendons qui se prolongent dans le périoste. Les fibres élastiques sont rares.

L'innervation est importante. Le ligament est insensible à la piqûre et à l'irritation chimique mais sensible aux distensions et torsions (Bichat). Il est riche de corpuscules tactiles de Vater Pacini, d'organes de Ruffini et de terminaisons libres.

La vascularisation est très abondante surtout à la synoviale et aux points d'insertion.

La résistance est grande (5 kilos par millimètres carrés). L'élasticité est minime. La flexibilité est grande. Elle diminue avec l'âge.

L'idée du tonus ligamentaire fut imposée par Malgaigne. Leriche l'admet avec restriction. C. Ducroquet a écrit : « Tout ligament mis en tension s'allonge et s'atrophie. Mis en état de relachement, il se plisse et se rétracte. »

Au point de vue pathologique, le ligament n'a pas une importance moindre. En dehors des laxités d'origine traumatique sur lesquelles Leriche a attiré l'attention, il y a toutes celles accompagnant une lésion articulaire, une maladie du lsystème nerveux (central ou périphérique) une maladie locale du ligament au niveau du rachis (scoliose, cyphose,

(1) Extrait de « La laxité ligamentaire : affection endocrinienne ». Conférence faite par le Docteur J.-A. HUET le 4 juin 1942 à l'Enseignement des Hôpitaux libres.

(1) La laxité ligamentaire : Maladie familiale. HUET. S. M. C. Hopitaux libres.

cins seuls de pratiquer l'ouverture des cadavres. Ce qu'est M. Gannal par dessus tout, c'est un industriel, franchement, résolument industriel, s'abritant derrière un brevet d'invention et venant demander à la justice de protéger un privilège acheté de ses deniers.

« Qu'on ait brévelé M. Gannal pour le procédé qui consiste à ouvrir la carotide, voilà qui répugne au sens commun. Où y a-t-il là découverte et invention ? M. Gannal aurait-il, par hasard découvert la carotide? Aurait-il inventé qu'en poussant un liquide dans cette artère, l'injection se propage dans l'arbre vasculaire tout entier ? . . . M. Marchal, pour avoir provoqué la décision de cette question, aura mérité la reconnaissance du Corps médical. C'était un motif pour nous de lui prêter notre appui et, si besoin est, il peut encore compter sur nous ».

Ajoutons qu'Amédée Latour soutenait que l'embaumement devait être l'affaire du Corps médical exclusivement, car il peut y avoir dans cette opération des raisons de garder le secret professionnel qui, entre les mains des médecins, est en sûreté.

Marchal (de Calvi) dut donc se présenter, le 5 janvier 1844 devant la septième Chambre du Tribunal de police correctionnelle pour s'entendre condamner à 20.000 francs de dommages et intérêts envers Gannal, dont le ministère public soutenait la requête. Gannal en sortit la tête basse, le tribunal ayant renvoyé Marchal (de Calvi) des fins de la plainte et condamné Gannal, partie civile, aux dépens. Le jugement se contentait de dire dans ses attendus que, de toute évidence, l'embaumement par voie intra-artérielle avait été pratiqué bien avant Gannal et que celui-ci n'aurait pas dû obtenir le brevet qui lui avait été consenti.

La presse professionnelle, on le comprend, fit un sort à ce jugement qui lui donnait entièrement raison. Ce fut bien mieux encore deux mois plus tard. Gannal, en effet, avait annoncé sa résolution de faire appel. La cause vint devant la Cour le 14 mars et le jugement fut confirmé.

Ainsi finit cette affaire qui agita fortement non seulement les milieux médicaux et la presse professionnelle, mais encore la presse politique. Gannal esquissa une simple réclamation qui passa à peu près inaperçue et tout rentra dans le silence et l'ordre. Le procédé Gannal fut encore employé par celui-ci et par ses fils mais il fut bientôt détrôné par le procédé de Sucquet qui, toujours par la voie carotidienne, désormais libre, injectait dans le système artériel une solution de chlorure de zinc. Une expérience en partie double, prouva un peu plus tard que c'était à celui-ci que devait aller la préférence des familles et des embaumeurs. Nous ignorons comment se pratiquent aujourd'hui les embaumements. Mais le bruit a couru, il y a quelques années, que cette opération, pratiquée sur le corps d'un homme célèbre, n'avait pas donné toute satisfaction. Est-ce vrai ? Nous ne le garantissons pas.

Henri BOUQUET.

ordose), du bassin (luxation congénitale des hanches, dislocation sacro-iliaque, spondylolisthésis lombo sacré), des membres inférieurs (genu valgum, genu recurvatum, pied plat) et, sur un plan plus général, les lésions ligamentaires du type de la maladie de Morquio. On voit quelle est l'importance du ligament au point de vue statique et morphologique de l'individu. Ce qu'il faut noter, c'est le caractère héréditaire mendelien de la maladie ligamentaire. Mais pourquoi cette maladie de terrain passe-t-elle par des phases évolutives ? par des flambées pathologiques ? Tous les auteurs décrivant une affection ligamentaire remarquent sa coïncidence avec un élément pathologique endocrinien. Tous insistent sur le stimulus hormonal du couple hypophyso génital et aucun n'a l'idée de rattacher la totalité de ces affections — qui, malgré leur diversité apparente, évoluent de façon identique et sur des terrains semblables — à une origine unique, endocrinienne. Et pourtant, ne voit-on pas au cours des dysfonctions hypophysaires, des laxités ligamentaires monosymptomatiques. Que ce soit dans l'acromégalie où la laxité de la main et du pied a été signalée par Pierre Marie et par Herzog ; que ce soit dans le nanisme hypophysaire où l'individu garde une harmonie de formes et une souplesse particulières. Dans les troubles du couple hypophyso sexuel au cours desquels on observe des déformations rachidiennes et les pieds plats de l'eunuque, l'affaissement de la voute plantaire chez la femme pendant le cycle menstruel, la laxité ligamentaire généralisée de la grossesse dont Hisaw et Courrier ont étudié les modifications sous l'influence du corps jaune. Les crétins hypothyroïdiens n'ont-ils pas une sénescence particulièrement précoce avec des ligaments courts hypercalcifiés, avec des polyarthrites ankylosantes ? Les hyposurrénaliens ne sont-ils pas myasthéniques et laxes ?

Ainsi comment peut-on ne pas être frappé par l'action constante des glandes endocrines sur l'évolution du ligament ; par l'interdépendance des deux systèmes ; par le rôle déterminant des endocrines dans l'aggravation ou l'amélioration de la plupart des maladies ligamentaires. En faudrait-il une preuve de plus, et la plus éclatante celle-là : la voix humaine. Témoin de l'action de la vie génitale sur le tonus ligamentaire des cordes vocales, cette voix mue à la puberté quand le sexe s'affirme, est artificiellement féminisée chez les chanteurs de la Sixtine et devient viriloïde chez la mégère de la ménopause.

Les principales maladies ligamentaires générales ont été classées sous l'étiquette de dysplasies mésodermiques. C'est ainsi qu'une série de travaux ont été publiés sur les maladies de Lobstein, de Morquio, d'Oppenheim, d'Ehlers-Danlos, de Ravina et Pecher. Dans ces affections assez exceptionnelles d'ailleurs, tout au moins à l'état de pureté, on observe des lésions des dérivés mésenchymateux à des stades divers. Là comme ailleurs les auteurs ont bien noté l'importance du cycle génital ; mais aucun n'a voulu rattacher à une origine unique et centrale, très probablement hypophysaire, ces affections en apparence différentes et qui cependant ont toutes la même évolution.

Des frontières de ces extrêmes à celles du normal, il existe toute une série de syndrômes cliniques dans lesquels l'élément primordial est : l'hyperlaxité ligamentaire. Sans doute les orthopédistes ne veulent-ils reconnaître qu'une dystrophie osseuse, à l'origine de toutes les affections du squelette, mais il nous semble plus juste de nous rattacher à l'opinion de Malgaigne qui écrivait : « Parmi les causes prédisposantes aux « luxations, je mettrais en première ligne un relachement que « l'on peut dire essentiel, attendu qu'on ne voit rien de sa « nature, sans aucune distension mécanique, sans inflamma- « tion, souvent sans douleur, il arrive qu'une ou plusieurs « articulations viennent à perdre leur solidité et que les os « qui les constituent s'écartent et se disjoignent sous la « pression du corps, soit sous l'influence de l'action muscu- « laire. » La querelle est spécieuse et sans intérêt puisque le ligament est de l'os transformé et qu'il est infiniment plus intéressant de chercher quel est l'élément causal qu'on retrouve à l'origine des lésions ostéoarticulaires. Le but de ce travail est d'essayer de fixer l'attention des cliniciens sur l'importance des affections endocriniennes au cours des syndromes ostéoligamentaires. Les nombreuses observations que nous rapportons avec les radiographies et les photographies du malade (se reporter au texte intégral de la conférence) permettent de se rendre compte de l'interdépendance endocrinoligamentaire.

Affections du rachis (scoliose, cyphose douloureuse des adolescents, épiphysite juvénile, lordose, platispondylie, spondylolisthésis).

On s'appesantit toujours sur la lésion osseuse dont la manifestation radiologique est aisément appréciable, mais on ne parle jamais du ligament dont les modifications pathologiques échappent actuellement à toute investigation précise. A ce sujet, nous partageons la façon de voir de Ducroquet qui insiste sur l'importance de comparer des radiographies prises le sujet étant debout, puis couché, car c'est la seule façon d'apprécier des déformations minimes.

Les affections du rachis passent par des phases évolutives à la puberté et à la ménopause. Chaque fois que l'on modifie le fonctionnement de la région hypophysaire, soit en la bloquant par des hormones mâles ou de la progestérone, ou par les rayons X, soit en la stimulant chimiquement ou physiothérapiquement, par la diathermie ou l'ionisation, on obtient une sédation, un arrêt et souvent une régression des processus pathologiques. Les observations que nous vous rapportons sont celles de malades dont les lésions ont évolué à la puberté et à la ménopause après avoir passé par un inter-règne d'indolence absolue s'étageant sur une période de vingt et trente années.

Affections du bassin (la luxation congénitale des hanches, les épiphysiolises de l'adolescence, les dislocations sacro-iliaques, les spondylolisthésis lombo-sacrés, la coxarthrie de la ménopause). Autant d'affections que l'on croyait définitivement classées quant à leur pathogénie, à leur évolution et à leur thérapeutique. Il va falloir revoir tout cela. Comment admettre en effet que certaines luxations congénitales convenablement réduites ne tiennent jamais. Comment concevoir que que des épiphysiolyses se retrouvent toujours dans certaines familles atteintes de maladies endocriniennes typiques. Comment expliquer ces dislocations du bassin survenant après des grossesses multiples. Comment enfin trouver une explication plausible à l'évolution douloureuse subite de certaines coxarthries ayant existé pendant de longues années avec une indolence absolue. Il faut bien se rendre à l'évidence et constater la constance d'affections endocriniennes parallèles et dont la manifestation ligamentaire n'est qu'un symptôme orienté apparaissant seulement sur des sujets à terrain prédisposé.

Affections du genou (genu valgum, genu récurvatum, arthrite avec périarthrite et lipo-arthrite de la ménopause).

Autant de déformations osseuses qui ne doivent leur importance qu'aux troubles fonctionnels qui les accompagnent et contraignent soudain les malades qui en sont porteurs depuis de nombreuses années à venir consulter leur médecin. Dans tous les cas on notera l'apparition des phénomènes douloureux concordant avec celle de désordres endocriniens.

Affections des pieds. — Jadis le pied plat était uniquement du domaine de l'orthopédiste. Depuis quelques années, grâce aux travaux de Ferrier et de Lobrichon, et à la suite d'une étude des mains et des pieds des endocriniens que nous avons faite avec notre ami Mangin, on a bien voulu reconnaître que le pied plat souple, douloureux, était uniquement un pied plat endocrinien. Cela était d'ailleurs connu de tous temps. Les Chinois l'avaient décrit et les Musulmans, comme me l'a enseigné mon éminent maître Maranon, le mentionnent dans le Coran. Le pied plat de l'eunuque est chose admise, connue, comme celui de l'hypogénital, comme celui de la femme ou de l'homme à la puberté et à la ménopause. Ce pied plat souple reste indolent jusqu'au moment où il se fait une transformation endocrinienne ; il devient alors douloureux et incite le malade à consulter.

Nous regrettons, faute de place, de ne pouvoir rapporter ici tous les documents (observations, empreintes, radiographies) que nous avons recueillis depuis de nombreuses années sur ce sujet. Nous serions heureux de les voir confirmés par les observations de nos confrères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1942

L'indice d'hépatoglobinémie dans les maladies infectieuses aiguës. — *MM. Polonowski, Gernez, Warembourg* et *Breton.* — Les maladies infectieuses déterminent à leur période d'état une hausse d'indice d'hépatoglobinémie ; celui-ci récupère ensuite, dans le courant du mois qui suit la convalescence, une valeur normale. Des variantes, concernant le moment où l'indice atteint son maximum ou les délais de son retour à la normale, s'observent selon la maladie en cause.

Toutefois, un comportement très spécial de la courbe est réalisé dans la fièvre typhoïde et les fièvres exanthématiques ; on note alors des valeurs relativement faibles de l'indice à la période d'état et leur effondrement au-dessous de la normale lors de la défervescence. D'autre part, dans la méningite cérébro-spinale, l'indice d'hépatoglobinémie, élevé à la période d'état, s'annonce à la convalescence pour reprendre ensuite une valeur normale.

Vaccination contre le typhus exanthématique par scarification cutanée. — *MM. Laigret, Fabiani* et *Vargues.* On peut vacciner, en un temps, contre le typhus par scarifications cutanées ; et dans un même vaccin on peut associer virus typhique et virus vaccinal.

Le traitement radiothérapique de la tuberculose utéro-annexielle et des péritonites tuberculeuses avec lésions génitales. — *M. Mathey-Cornat* et *Mme Rayton Mathey-Cornat.* — L'association radio-chirurgicale est une nécessité pour la plupart des cas vraiment compris dans la limite des thérapeutiques actives possibles. L'avènement des nouvelles méthodes radiothérapeutiques constitue un progrès réel. Le groupe I de la statistique de Port-Neuf comprend 125 cas soumis à l'actino et à l'héliothérapie, sans radiothérapie, 110 soit 80 % avaient subi l'appendicectomie préalable, 60 soit environ 50 % une laparotomie. On observe 85 % de resultats très favorables, 10 % de résultats temporaires, 5 % d'échecs et de trois à cinq ans après le traitement on compte encore 28 % de déchets-récidives ou autres.

Le groupe II comprend 35 cas traités par la radiothérapie dont 31 operés. Tous les cas soumis aux rayons correspondent soit à des accidents annexiels récidivants soit à une propagation massive pelvi-péritonéale. Au cours de la première à la troisième année, 31 % de résultats éprouvés. Pour les cas contrôlés au cours de la cinquième année reste un pourcentage de 22 % de guérisons.

La radiothérapie a eu principalement pour objectif dans la statistique de Port Neuf, le traitement radical des échecs chirurgicaux ou des formes reconnues comme non opérables. Les échecs ont été exceptionnels. Il s'ensuit que les médications thérapeutiques doivent être complètement reconsidérées. Les meilleurs résultats et les plus durables sont obtenus par l'association de principe des radiations et de la chirurgie. Il importe donc que les centres hospitaliers dévolus à cette lutte antituberculeuse soient équipes en conséquence.

Héméralopie latente et vitamine B_2. — D'après les observations de *MM. P. Boulanger* et *J. Swyngedauw* l'influence de la vitamine B_2 sur la vision en lumière atténuée s'exerce même en l'absence de toute administration simultanée de vitamine A.

Le test d'héméralogie latente pratiquée avant et après surcharge en vitamine B_2, pourrait ainsi constituer un procedé d'exploration précieux.

L'hygiène du cœur. — *M. Auguste Lumière* souligne les graves inconvénients pour le cœur des abus du sport et demande que l'Académie attire l'attention sur le danger que court la jeunesse française.

Le coma hypoglycémique spontané. Etude anatomo-clinique.— *MM. J. Lhermitte* et *J. Sigwald* rapportent trois faits de coma survenu brusquement chez des sujets en apparence normaux jusqu'à cet incident. De même que dans le choc insulinique on observait l'existence de contractures généralisées, de phénomènes indiquant la participation des centres supérieurs : extension de l'orteil, diminution des réflexes profonds, syncinésies. Dans ces trois cas la glycémie, se montrait profondément abaissée : 0,10-0,23-0,33. Deux sujets succombaient très rapidement et l'étude anatomique permet de déceler une atrophie de la partie glandulaire de l'hypophyse privée de cellules chromophiles, une hyperspongiocytose associée à une hypertrophie des surrénales.

A propos du traitement de l'épilepsie par le diphényl-hydantoïne. — *MM. A. Baudoin* et *A. Rémond* donnent les résultats de leur expérience, basée sur le traitement de 70 malades atteints d'épilepsie essentielle et tous plus ou moins résistants aux médications classiques par le gardénal et les bromures.

Ils rappellent que Merrit et Putnam ont recommandé de ne pas dépasser la dose journalière de 0 gr. 50. Ils signalent les divers incidents que l'on peut observer au cours de cette cure, mais ne croient pas qu'elle puisse causer d'accidents graves.

Pour eux, l'association diphényl-hydantoïne-gardénal donne de très bons résultats dans le traitement de l'épilepsie.

Séance du 28 juillet 1942

Alimentation et dents. — *M. Dechaume.* — Les aliments interviennent d'abord avec leurs qualites de résistance. Actuellement les aliments sont trop mous pour nécessiter une denture puissante et solide ; d'où une réduction de volume des maxillaires et des dents, l'atrophie et la disparition de certaines dents.

Les mêmes actions mécaniques protègent les dents de la carie ; là, le rôle du pain est considérable ; il faut donc revenir au pain rassis d'autrefois. Pour éviter la pyorrhée, un effort masticateur est également nécessaire.

L'action des aliments s'exerce aussi par leur composition ; les aliments collant aux dents, à base d'hydrates de carbone (cake, pain d'épices, gâteaux) sont plus dangereux par la levure qu'ils contiennent que par le sucre.

Pour éviter les troubles de calcification les aliments doivent contenir les eléments nécessaires. Une alimentation bien comprise peut servir la prophylaxie de la carie dentaire et de la paradentose. Chez l'enfant, il faut une nourriture équilibrée, formée par exemple d'un tiers de lait cru, un tiers de légumes et fruits, un tiers de viande, céréales et légumineuses.

Une alimentation trop riche peut avoir une action néfaste, l'intoxication progressive determinant des lésions osseuses avec fonte du bord alvéolaire. Les individus transmettent ensuite à leurs enfants un métabolisme genéral altéré, qui se reflètera chez ceux-ci par une déficience initiale de l'organisme, et ils leur lègueront en outre leurs coutumes et leurs habitudes alimentaires.

Recherches du pouvoir neutralisant du sérum des vaccinés contre le typhus exanthématique. — *MM. Durand, Béguet, Horrenberger* et *Renoux.* — Les anticorps neutralisants apparaissent dans le sang beaucoup plus regulièrement après vaccination avec virus morts, qu'après vaccination avec virus vivants.

Note sur certaines orientations biochimiques de l'activité endocrinienne au sein de l'organisme animal. — *M. J. Brunati.* — Facteurs d'enchaînement dans l'intrication des troubles pathologiques, les imidazols toxiques peuvent aussi se trouver à la base du symptôme ; ils constituent un des maillons qui enchaînent les grands cycles de la pathologie neuro-humorale.

Recherches sur la cholinestérase du sérum humain, à l'état normal et pathologique. — *MM. M.-P. Drouet, M. Vérain* et *Franquin* (Nancy). — Il ressort de l'examen de près d'une centaine de malades atteints d'affections diverses que le dosage de l'activité cholinestérasique du sérum paraît devoir présenter de l'intérêt en pathologie humaine. Cette activité peut être augmentée ou diminuee, et, d'après les premières constatations, il semble que les variations doivent s'observer d'une maniere plus systématique dans certains syndromes endocriniens (diabète et maladie d'Addison) et en pathologie vasculaire (hypertension et troubles neuro-vegétatifs arteriels).

Dans un but expérimental, *in vivo* et dans un but thérapeutique, on peut provoquer des modifications de cette activité estérasique, par les substances chimiques (prostigmine, par exemple), dont l'activité inhibitrice *in vitro* est bien connue.

Donneurs de sang et restrictions alimentaires. — *MM. Jeanneney* et *Ringenbach* ont observé une diminution appréciable des valeurs tensionnelles et sanguines. Les donneurs de sang. Sur 115 donneurs examinés, 53, soit 46 pour 100, ont été déclarés inaptes.

Les auteurs n'hésitent pas à attribuer cette diminution de la valeur des donneurs de sang aux restrictions alimentaires, plus spécialement en viande et en corps gras, et demandent que la ration des donneurs de force soit attribuée aux travailleurs habituels.

Thérapeutique par le plasma humain. Traitement de l'hypoprotéinémie par injections intra veineuses de plasma. — *MM. M. Sureau, A. Escalier* et *R. André*. — Les œdèmes de carence s'accompagnent dans la grande majorité des cas, d'une diminution des protides sanguins. L'injection intra-veineuse, en goutte à goutte, de plasma à doses répétées et suffisantes, peut modifier en quelques jours le taux des protides et constitue un traitement facile de l'hypoprotéinémie.

Les auteurs ont aussi obtenu de bons résultats dans des cas d'asthénie profonde de certains sujets spécialement amaigris et porteurs de légers œdèmes par de petites injections répétées de plasma.

Infections humaines à listerella monocytogènes. — *MM. P. Harvier, H. Lavergne* et *R. Claisse* ont observé un cas de meningite cérébro-spinale purulente, due à listerella monocytogènes, qui fut guéri par un traitement sulfamidé intensif.

La listerellose, maladie commune à l'homme et aux animaux, est à peine connue en France. 17 cas de cette maladie ont été jusqu'ici, publiés chez l'homme, dont 11 cas de méningite (avec 7 cas mortels) et 3 cas de septico-pyohémies avec méningo-encéphalite, chez le nourrisson.

Listerella monocytogènes partage, avec le bacille du Rouget, la propriété de provoquer chez l'animal d'expérience une monocytose sanguine et de petits ilôts nécrotiques du foie, mais ces deux espèces microbiennes peuvent être différenciées par un certain nombre de caractères biologiques.

La mononucléose infectieuse de l'homme est-elle une listerellose comme l'a soutenu Nyfeldt ? La question reste posée.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 juillet 1942

Gangrène traumatique des membres inférieurs. — *M. Sejournet* relate le cas d'un enfant de 10 ans qui, à la suite d'un eboulement, est resté quarante-huit heures les deux jambes coincées sous les décombres. Il présentait alors une gangrène des deux jambes. Séjournet sursoit à l'opération, une jambe reprend un aspect presque normal. Par contre, l'autre doit être amputée. L'examen de la pièce montra des artères vides et des veines remplies de caillots.

Volumineux kyste solitaire du rein à évolution abdominale. — *M. Benoist* (de Luzy) rapporte l'observation d'un volumineux kyste du rein pris pour un kyste de l'ovaire et pour lequel il dut pratiquer une néphrectomie.

Trois cas de fractures du col fémoral à retardement passées complètement inaperçues. — *M. Rœderer*, apportant trois exemples à l'appui, revient sur cette question et insiste à nouveau sur l'importance de cette lésion qui devrait toujours être décelée par la radiographie systématique des hanches contusionnées. G. LUQUET.

La Corporation médicale, par le Docteur Raymond BERNARD. Un vol. in-12. Institut d'Etudes corporatives et sociales, 110, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Docteur Raymond Bernard avait publié avant la guerre un livre plein de suggestions et d'idées neuves sur *la profession médicale* où il traçait le plan général de la future corporation.

Les événements ont donné une place de choix à la Corporation ; le Docteur R. Bernard fut donc un homme clairvoyant ; il doit être aujourd'hui un guide.



NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des complications médicales de la cholécystectomie

Les principales indications thérapeutiques, médicales, hydrologiques et chirurgicales que comportent les diverses complications médicales de la cholécystectomie sont précisées par M. Chiray, G. Albot et F. Bonnet dans le livre qu'ils viennent de publier : *Les complications médicales de la cholécystectomie* (Masson, édit.).

A. **Traitement des ictères.** — 1° ICTÈRES PAR HÉPATITE OU ANGIOCHOLITE. Régime végétarien, avec ou sans lait, selon la tolérance du malade. Viande fraîche grillée, en quantité modérée, si l'appétit est bien conservé.

Comme antiseptique biliaire : l'urotropine, 1 à 3 grammes par jour, en trois prises associées au citrate et au bicarbonate de soude, ou encore par voie veineuse, 1 à 2 gr. par jour. Le salicylate de soude, le salol, qui donnent parfois de bons résultats, doivent plutôt être administrés sobrement.

N'employer les chlorétiques : chlorure, sulfate de magnésie, huile d'olive, acide oléique, huile de Haarlem, extraits et sels biliaires, qu'à doses faibles et par séries courtes.

Les eaux de faible minéralisation (Evian) peuvent favoriser le drainage biliaire.

Tout ce traitement médicamenteux doit rester anodin.

Le tubage duodénal a son indication dans les cas d'hépatite avec angiocholite ; sous son influence, les accès fébriles s'espacent, le subictère diminue, l'état général s'améliore ; aucune thérapeutique ne peut lui être substituée.

Si les poussées d'ictère sont en conjonction avec les règles, essayer d'agir soit sur l'hyper, soit sur l'hypofolliculinie.

Le traitement ultérieur de ces ictères par hépatite doit comporter des prescriptions diététiques (régime type des hépatiques), crénothérapiques (Vichy) et peu de médicaments (liqueur de Bourget, boldo, combretum).

2° ICTÈRES PAR RÉTENTION. — Dans la *calculose itérative*, cholédocotomie ; dans les cas d'ictère par *rétrécissement cicatriciel du cholédoque* : cholédoco-duodénostomie ou cholédoco-gastrostomie.

Les ictères par *cholédocite*, sont justiciables des tubages duodénaux ; pour les ictères par *spasme du sphincter d'Oddi*, le drainage médical biliaire est indiqué.

En résumé, dans tout ictère survenant chez un cholécystectomisé, on devra essayer le drainage médical, absolument inoffensif et qui n'empêche pas un recours ultérieur à l'intervention chirurgicale.

B. **Traitement des crises douloureuses.** — Les *coliques hépatiques par lithiase itérative* relèvent du traitement chirurgical complété par une diététique rigoureuse et des cures de Vichy.

Les *crises douloureuses par hépatite* sont justiciables du même traitement que les ictères par hépatite. Pour calmer les paroxysmes, recourir plutôt à l'atropine qu'à la morphine.

Les crises douloureuses par *spasme du sphincter d'Oddi* relèvent du tubage duodénal et des antispasmodiques.

Les crises douloureuses par *pancréatite aiguë* exigent un traitement chirurgical d'urgence.

Les *crises de foie* comportent d'abord le traitement du *terrain* : régime alimentaire (légumes verts, fruits, usage modéré de viande et poisson) ; hygiène générale : exercice physique modéré ; médication neuro-végétative : hydrothérapie tiède, bromure, valériane ou barbiturique à faible dose.

Le gluconate de calcium, alterné avec l'hormone parathyroïdienne, donne d'excellents résultats. On prescrira chaque mois dix injections intraveineuses (une tous les deux jours) de 5 à 10 c. c. de gluconate, puis dix injections sous-cutanées, une tous les jours, de 1 c. c. d'hormone parathyroïdienne.

Au point de vue de l'*épine irritative hépatique*, on peut recourir aux extraits hépatiques, aux chlorétiques (extrait de feuille d'artichaut, cure à Vichy).

Le traitement de la *cause déclanchante* est plus difficile : réduire l'émotivité par la psychothérapie, combattre les excès alimentaires ou alcooliques. Et chez certains sujets, emploi de thérapeutiques dites « désensibilisantes ».

C. **Traitement des accidents dyspeptiques.** — Dans le cas de dyspepsie hyposthénique, le régime consistera dans la suppression des farineux, de tout ce qui distend l'estomac ou l'irrite. Les médicaments les plus favorables seront le bromure de sodium et la génésérine.

Dans la dyspepsie gastrique hypersthénique, le traitement est voisin de celui de l'ulcus.

D. **Traitement des accidents intestinaux.** — Contre la *diarrhée*, opium, bismuth, kaolin et tubages duodénaux.

Dans la *colite droite*, régime pauvre en hydrates de carbone (sauf les sucres), riche en albuminoïdes ; désinfection intestinale légère, pratiques physiothérapiques, cure de Vichy et Châtel-Guyon.

La colite *spasmodique* sera surtout traitée par les sédatifs neuro-végétatifs ; on pourra y adjoindre le traitement physiothérapique et une cure à Plombières.

Dans le *dolichocôlon*, régime à bases d'albuminoïdes et de légumes non farineux ; mucilage, huile de paraffine ; liqueur de Bourget.

E. **Traitement des maladies de la nutrition.** — Les *accidents diabétiques* ne comportent pas une thérapeutique spéciale. D'ailleurs le diabète associé à la lithiase biliaire tend plutôt à s'améliorer après la choléeystectomie.

Les malades atteints d'*obésité* bénéficieront d'un régime pauvre en graisses et en hydrates de carbone. La médication lipolytique doit être maniée avec la plus grande prudence. La crénothérapie (Brides-les-Bains, Vichy) donne de beaux résultats.

Les résultats de la radiothérapie des épithéliomas du col utérin

MM. A. Lacassagne, Baclesse et Reverdy apportent (Radiothérapie des cancers du col de l'utérus, Masson, édit.) des documents qui témoignent de l'amélioration constante des résultats obtenus depuis vingt ans. Le pourcentage des guérisons a passé de 9 à 50 dans un intervalle de quatorze années.

L'examen des résultats obtenus montre que la curiethérapie intra-cavitaire, pratiquée aussi correctement que possible, très efficace sur les lésions encore limitées à l'utérus, est incapable de stériliser les propagations au paramètre.

Les seules irradiations par foyer extérieur (rœntgenthérapie et surtout télécuriethérapie) donnent un pourcentage de guérisons faible ou nul.

La combinaison des techniques par foyers de radium intracavitaires et irradiations prépelviennes (par rœntgenthérapie surtout) a fait de la radiothérapie le traitement de choix des cancers du col de l'utérus.

La radiothérapie hypophysaire dans les troubles de la ménopause

A. Charvin (Thèse de Paris, 1942) utilise les rayons semi-pénétrants qui semblent exercer une action élective sur le reticulum vasculo-nerveux péri-glandulaire.

Deux à trois séances par semaine avec un total de six à huit séances.

On obtient ainsi une décongestion rapide de la zone thalamique, sans léser le cuir chevelu ni craindre de voir s'installer de l'hypertension cranienne. Les rayons semi-pénétrants permettent toujours de reprendre de nouvelles séances, quelques semaines ou quelques mois après. Jamais on n'a relevé d'incident, l'amélioration est rapide de troubles qui ont résisté jusqu'alors aux autres traitements.

Le traitement des fractures de côtes par la novocaïnisation locale

A. Charrad (Thèse de Paris, 1942) rapporte 18 observations avec d'excellents résultats. La novocaïnisation locale calme de façon constante et presque instantanée la douleur, la dyspnée et l'angoisse respiratoire.

La technique est celle de toute cocaïnisation locale. L'auteur conseille de n'employer qu'une solution diluée (0,5 %) ne contenant pas d'adrénaline.

Traitement de la blennorragie féminine par la sulfamide thiazolique

M. A. Céleste (Thèse de Paris, 1942), sur 224 cas, a obtenu 190 guérisons, dont 164 cas de stérilisation dans les 24 heures. En aucun cas, le sulfamidothiazol alumique 640 M n'a déterminé d'intolérance là où les autres sulfamides n'en provoquaient point.

Le traitement de l'angine de poitrine par les infiltrations stellaires

MM. E. Doumer et J. Merlen (*Soc. franç. de cardiologie*, 17 mai 1942) ont soumis à des infiltrations anesthésiques du stellaire onze cas d'angor chronique extrêmement pénibles avec crises répétées au moindre effort compliquées de crises au repos dans la plupart des cas. Ils ont obtenu cinq succès nets avec disparition des crises en repos, atténuation considérable du syndrome d'effort, persistance du bénéfice du traitement après plus de deux ans. Dans un cas, l'atténuation a été moins importante ; dans deux cas, les résultats favorables n'ont été que transitoires ; ils ont été pratiquement nuls dans trois cas.

Dans deux cas d'angor subaigu datant de quelques semaines dont les crises se répétaient au repos plusieurs fois par jour, l'effet sédatif de chacune des infiltrations ne s'est pas prolongé au-delà de quelques heures.

MM. E. Doumer et Merlen insistent sur la nécessité, pour obtenir de bons résultats, d'infiltrer les deux stellaires, même quand les irradiations douloureuses portent uniquement à gauche.

Le traitement des laryngites tuberculeuses œdémateuses par l'infiltration novocaïnique

MM. Mollard, Maschas et Duret (*Soc. d'ét. scient. sur la tuberculose*, 9 mai 1942) ont essayé l'infiltration novocaïnique ganglionnaire proposée par Leriche contre les phénomènes fluxionnaires en général. La méthode leur a permis de supprimer soit immédiatement soit en quelques séances, l'œdème cause de la douleur et la dysphagie.

Le traitement de la tuberculose laryngée

La première condition du succès, dit M. Louis Leroux (*Soc. d'Et. scient. sur la tuberculose*, 9 mai 1942) est un relèvement de l'état général et la cicatrisation des lésions pulmonaires.

Le pneumothorax a une action bienfaisante sur le larynx s'il est parfaitement réussi, mais des aggravations peuvent se voir après pneumothorax. Les sels d'or paraissent nuisibles dans les lésions pharyngo-laryngées.

Le traitement local comporte les inhalations, pulvérisations et plus rarement badigeonnages.

L'héliothérapie, souvent difficile à utiliser parce que l'insolation est insuffisante, la galvano-cautérisation prudente et bien localisée seront tentées.

Les rayons X et le radium ont donné des déboires.

L'ablation chirurgicale sera réservée aux petites tumeurs commissurales antérieures et sous-glottiques.

Contre la dysphagie, ponction au galvanocautère des gros aryténoïdes, par l'alcoolisation du laryngé supérieur, mais les résultats, quand ils existent, sont peu durables. La résection de ce nerf donne de meilleurs résultats.

On a essayé, avec succès, la collapsothérapie d'un hémi-larynx par alcoolisation d'un récurrent après mise à nu chirurgicale du nerf.

Le citrate de soude moyen de lutte contre la symphyse pleurale

M. A. Dussert (*Soc. d'Etud. scient. sur la tuberculose*, 14 février 1942) a pratiqué, depuis 1936, sur 44 pneumothorax datant de cinq ou six ans et avec liquide résiduel ou petits épanchements réactionnels sans fièvre, des injections intrapleurales de 5 c. c. de solution de citrate de soude, répétées hebdomadairement pendant deux et trois mois environ. Il a obtenu 81 % sans symphyse.

Dans les grandes pleurésies fébriles sur 25 cas, il a obtenu 21 récupérations, soit 84 p. 100 sans symphyse.

Dans ces pleurésies, il procède ainsi : « Dès que la réaction inflammatoire s'amorce, en pleine période fébrile et de production de liquide, nous injectons 5 c. c. de solution de citrate de soude. Nous constatons toujours une baisse de température consécutive. Au bout de la huitaine nous renouvelons l'injection sans ponction. Habituellement la période fébrile tourne court et après dix ou douze jours la température régresse. Quand la pleurésie s'est refroidie, en général au dessous de 38 degrés, nous ponctionnons. Après la ponction qui n'a pas besoin d'être totale, nous trouvons toute une série de petits niveaux liquidiens suspendus en nids de pigeons. Nous avons eu soin, en fin de ponction, d'injecter 5 c. c. de citrate de soude. Bientôt le liquide remonte dans la cavité mais plus lentement. Lorsquelle est emplie à nouveau, nous ponctionnons une deuxième fois et nous avons souvent la surprise de retrouver une vaste poche aérique reconstituée, les petits niveaux suspendus ayant disparu. Parfois le liquide remonte encore ; il faut reprendre injections et ponction. D'autres fois le collapsus reprend normalement sous une bonne lame aérique sans adhérences ».

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Le diabète insipide

Le *diabète insipide*, vraie maladie de la soif, est intrinsèquement caractérisé du point de vue clinique par l'association de deux symptômes *polyurie* et *polydypsie* : jumelage rationnel le premier signe étant conditionné par le second qui le précède le plus souvent.

La *polyurie* varie suivant les cas de 5 à 15 litres et parfois bien davantage ; elle est plus marquée la nuit et diminue par l'orthostatisme. Non influencée par le régime alimentaire, elle se maintient à son taux antérieur *malgré la diminution des apports liquidiens*, sevrage qui ne peut durer sous peine d'accidents graves. Les urines *ne contiennent pas de sucre* et habituellement pas d'albumine ; elles sont *simplement diluées*, leur densité oscillant entre 1001 et 1005 et la quantité des matières extractives éliminées en 24 heures est normale. Le filtre rénal fonctionne donc bien comme en témoignent par surcroît les résultats normaux de la constante d'Ambard et de a phénol-sulfophtaléine.

La soif est ardente et obsédante et la *polydypsie* exactement proportionnelle à la polyurie ; l'absorption de masses liquidiennes considérables entraîne fréquemment un état de dyspepsie secondaire.

Le diabète insipide peut se présenter comme *une affection primitive* (maladie en soi) à l'origine de laquelle on ne retrouve souvent qu'une simple émotion. Il faut alors la considérer comme une *encéphalite lacolisée de la base du diencéphale* (plancher du troisième ventricule et région du *tuber cinereum*).

Mais souvent, il peut être dû à un *traumatisme* cranien (cas fréquent) qu'il s'agisse de simple commotion cérébrale, de fracture du crâne ou de blessure directe par projectile ou esquille de la région tubérienne. La cause peut en être encore une *hemorragie de la base*, un *foyer de ramollissement du diencéphale*, une *méningite basillaire tuberculeuse* ou *syphilitique*, une *arachnoïdite opto-chiasmatique*, une *hydrocéphalie*. On l'observe enfin dans 12 pour 100 des cas d'*acromégalie*, mais jamais dans les adénomes chromophobes, ni dans les craniopharyngiomes (poches de Ratke).

C'est dire qu'en présence d'un diabète insipide, en outre de l'étude des anamnestiques, il convient de pratiquer un examen neurologique complet en insistant sur la recherche des signes endocriniens et surtout des signes de souffrance du troisième ventricule (somnolence, poussées thermiques). Il faut, en outre, pratiquer des *radiographies du crâne* de face et de profil (ces dernières exactement centrées sur la selle turcique), un *examen détaillé des yeux* et spécialement des champs visuels et enfin une *ponction lombaire* (s'il n'y a pas de signes oculaires faisant soupçonner une hypertension intra-cranienne).

Cet exposé étiologique succint permet de comprendre la diversité des thérapeutiques qui doivent être utilisées suivant les cas.

Il est d'abord une médication de base commune à tous les cas, c'est l'*opothérapie post-hypophysaire* dont le pouvoir frénateur de la polyurie est ici la règle au point que l'échec d'un tel traitement doit faire suspecter l'authenticité du cas. On utilise l'extrait hypophysaire en injections sous-cutanées de 5 à 20 unités internationales par piqûre (rarement 40), une injection le matin si la polyurie est plus marquée le jour, le soir dans le cas contraire. Dans les cas graves, on peut avoir recours à deux injections par jour, le pouvoir de l'extrait cessant au bout de 12 heures. Les prises nasales de poudre de post-hypophyse à la dose de 20 à 25 centigr. dans les 24 heures en plusieurs fois peuvent souvent être avantageusement substituées aux piqûres. Il s'agit là d'une médication *purement symptomatique* dont les effets disparaissent dès qu'on la cesse.

Dans la *forme primitive* (encéphalite localisée probable) on y adjoindra :

a) Les injections intraveineuses tri-hebdomadaires de 10 à 20 c. c. de la *solution d'iodure de sodium à 5 %* suractivée par la vitamine B1 (1 centigr. par 10 c. c.) ;

b) La *radiothérapie semi-pénétrante* de la région hypophyso-tubérienne avec les constantes suivantes pour une série. Tension 150 kilovolts : filtre 0,5 de Cu : 100r par séance : deux champs latéraux : 700 r par champ : un champ par séance : trois séances par semaine. Possibilité de pratiquer, si les circonstances le demandent, des séries analogues tous les trois mois ;

c) A défaut de radiothérapie, *diathermie hypophysaire*.

Dans les *formes secondaires*, on s'attaquera à la *syphilis acquise ou héréditaire* par des séries alternées de cyanure de mercure intraveineux et de bismuth intra-musculaire. L'*arachnoïdite opto-chiasmatique* sera confiée au neuro-chirurgien. L'*acromégalie*, si l'état des yeux permet d'éviter ou de retarder l'opération, sera traitée par la radiothérapie , mais avec un dosage supérieur à celui qui vient d'être indiqué plus haut et qui ne vaut que pour les phénomènes inflammatoires.

Rappelons l'heureuse influence de la *ponction lombaire* signalée par un certain nombre d'auteurs, influence qui malheureusement n'est souvent que de courte durée.

Il faut savoir que le diabète insipide surtout dans ses *formes intenses* (polyurie autour de 10 litres) qui sont surtout l'apanage de la variété étiologique primitive *est une maladie grave* qui peut rétrocéder et s'améliorer parfois sous l'influence d'une maladie intercurrente fébrile, mais qui peut *aussi aboutir à la mort* par l'état de dénutrition progressif qu'elle entraîne. La réduction des liquides est susceptible de précipiter les événements en déclanchant des accidents graves avec fièvre, angoisse, dyspnée malaise général, troubles circulatoires avec tachycardie et crampes.

Dans les *formes de moyenne intensité* (autour de 5 à 6 litres) souvent associées à l'acromégalie et à d'autres signes de la série infundibulo-tubérienne, le pronostic est moins sérieux et surtout fonction de celui de la maladie concomitante dont, à la vérité, le diabète insipide n'est alors qu'un symptôme. Il faut enfin savoir que le *diabète insipide traumatique* qui répond le plus souvent à une petite hémorragie dans la cavité du troisième ventricule *guérit ordinairement* apprès quelques semaines ou après quelques mois sans laisser de traces.

La pénible perturbation apportée à l'existence des sujets par la soif inextinguible du diabète insipide et sa si incommodante polyurie qui souvent empêche le sommeil, cette misère de chaque jour et de chaque heure jointe à la gravité du mal en lui-même doivent nous inciter à tout mettre en œuvre, examens multiples d'abord, médications appropriées ensuite pour pallier dans la mesure du possible aux inconvénients et aux dangers qu'entraîne ce trouble du métabolisme de l'eau beaucoup plus nerveux qu'endocrinien.

Dr J.-A. CHAVANY
Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours



REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Les milieux sensibilisants et protecteurs contre l'action des rayons lumineux sur la peau

La photosensibilisation, après avoir été remarquée pour les substances du groupe de la fluorescéine, a surtout été constatée avec l'hématoporphyrine qui l'augmente beaucoup. Hopf (*Mediz. Klin. Wochensch.*, 5 juin 1942) rappelle qu'elle existe avec cette dernière sur toute la gamme du spectre et même avec les rayons calorique. A côté de l'hématoporphyrine qui rend compte de la sensibilisation, observée dans la pellagre avec porphyrinurie traduisant l'avitaminose PP, il faut citer l'acridine, la trypaflavine et certaines substances végétales.

La protection contre les rayons lumineux est réalisée naturellement par la pigmentation ou l'épaisseur de la couche cornée, artificiellement par différentes substances dont l'auteur a comparé les effets en solution aqueuse et huileuse ou en pommade. Dans les solutions aqueuses celles de sulfamides (sulfapyrine, sulfathiaizol) sont particulièrement efficaces, en pommade également, l'huile de coco longtemps prônée l'est très peu, la vaseline jaune l'est beaucoup plus. Il faut enfin faire intervenir l'état et la sensibilité du système circulatoire local sur lequel une action est également possible.

Ictère catarrhal et hépatite épidémique

En se basant sur une étude essentiellement épidémiologique et en particulier sur l'épidémie constatée dans une petite île de l'embouchure de l'Elbe, Wolter (*Deut. Mediz. Wochensch.*, 29 mai 1942) en dégage la notion d'une hépatite ni épidémique ni infectieuse mais toxique, tenant au col. L'allure épidémique, contagieuse n'est qu'apparente et la notion de saison et de périodicité ne va pas contre cette hypothèse. L'ictère catarrhal peut être lui, lié à une intoxication endogène d'origine intestinale (Eppinger), mais l'existence d'un virus auquel on pourrait rattacher les deux affections n'est pas prouvée.

Etat actuel de l'exploration radiologique de la vésicule et des reins

Dans ce long exposé, Stehr (*Mediz. Klin.*, 22 mai et 3 juin 1942) fait le point pour le praticien de l'exploration radiologique de ces organes, surtout en ce qui concerne la cholécystographie et la pyélographie instrumentale par excrétion ; il rappelle leurs indications et donne des conseils pratiques.

L'exploration «sans préparation» doit toujours précéder celle par opacification, cette dernière pouvant rendre invisible des calculs.

La cholécystographie par voie veineuse exige une injection très lente, elle fournit d'excellents résultats mais la voie orale (oraltétragnost et récemment bilisélection) est de plus en plus employée.

La préparation du malade vise, d'une part, à éliminer les gaz intestinaux pouvant amener des superpositions fâcheuses et, d'autre part, à assurer l'absorption comme l'excrétion la meilleure du produit de contraste. Les précautions à prendre pour la première consistent à prescrire un régime léger, de petits laxatifs ou un lavement, en évitant le séjour au lit durant les deux jours précédant l'examen. Pour la seconde, en dehors de la nécessité de repas maigres quelques détails pratiques : *longue dissolution dans l'eau, absorption par petites gorgées très espacées* diminuent la fréquence des petits inconvénients observes chez certains malades et augmentent les chances de réussite. Cependant la sécurité est moindre que par voie intraveineuse, la négativité du cholécystogramme ne permettant pas de conclure à l'exclusion vésiculaire.

La pyélographie instrumentale et l'urographie par voie veineuse ont leurs indications respectives ; elles tendent à s'étendre pour la dernière méthode, d'une grande simplicité, donnant des résultats constants. Le cliché sans préparation sera pris avant l'injection permettant de vérifier si les reins sont bien dégagés des clartés intestinales. L'injection doit être poussée très lentement, jamais en moins de deux à trois minutes ; elle est suivie de la prise de trois clichés en général. La compression des ureteres ou la surélévation du bassin ne sont pas toujours nécessaires pour améliorer l'image des bassinets. Une précaution plus importante est celle qui consiste à restreindre l'absorption aqueuse (boisson et lavement) ce qui fournit une meilleure concentration du produit de contraste.

Les incidents graves consécutifs à l'emploi de ces milieux opacifiants ne se rencontrent que pour la voie veineuse, ils sont exceptionnels (1 mort sur 50.000 urographies), survenant presque toujours immédiatement après l'injection. La notion d'une hypersensibilité à l'iode ou l'emploi buccal d'une tablette de perabrodil permettant de la dépister, donnerait la possibilité de les éviter.

Le traitement du mélæna du nouveau-né

Depuis 1912, 28 cas de mélæna vrais (près de 10 %) ont été observés à la maternite de Tübingen avec une mortalité de 16 %.

M. Woll (*Münch. med. Wochr.*, 22 mai 1942) insiste principalement sur la thérapeutique qu'il applique actuellement : administration de vitamine K, qui n'a pas suffit à arrêter l'hémorragie dans deux observations et surtout transfusion sanguine.

Celle-ci est appliquée en prenant comme voie d'introduction l'une des *veines superficielles du crâne*. L'enfant doit être bien immobilisé et la veine, une branche temporale superficielle en général, est ponctionnée avec l'aiguille montée sur une petite seringue remplie de sérum permettant de s'assurer d'une pénétration correcte.

Ce procédé intéressant étant donné le danger de l'injection sinusienne et la difficulté d'abord des autres voies, dans le nourrisson, a permis a son auteur de guérir les huit cas ainsi traités avec des transfusions allant de 20 à 60 cc.

Les vieilles blessures par projectiles

G. Jorns (*Deut. mediz. Wochenschft*, 12 juin 1942) passe en revue, avec des exemples à l'appui, les diverses complications qui peuvent faire suite au séjour des projectiles dans les différents tissus et viscères. A côté de l'infection du foyer ou des hémorragies, surtout fréquentes au niveau de certains viscères, il convient de faire une place aux réactions chimiques qui résultent du séjour d'un projectile métallique. Elles engendrent des courants électriques et ont une action electrolytique qui n'est pas négligeable et dont l'étude a été particulièrement poussée au sujet des corps étrangers métalliques que constituent les pièces d'ostéosynthèse ; le courant quoique faible, peut irriter tissus ou nerfs. Ces actions peuvent amener une résorption progressive du métal, mais les risques d'intoxication ne paraissent guère exister que pour les anciens projectiles de plomb.

Citons encore : les modifications secondaires de la capsule fibreuse entourant le projectile, son retentissement articulaire, et les migrations souvent lointaines des projectiles lisses d'infanterie.

Les complications secondaires malgré leur fréquence minime ne sont pas négligeables et militent en faveur d'une extraction précoce lorsqu'elle peut être faite avec toute la sécurité désirable.

L'excrétion de la vitamine C et son comportement au cours de la diphtérie

L'action protectrice de la vitamine C contre l'infection diphtérique est retenue expérimentalement et cliniquement.

A. Woldrich et W. Lorenz (*Wien. mediz. Wochenschft.*, 13 juin 1942) n'ont pas trouvé d'action efficace de la vitamine C sur leurs 13 cas les plus graves de diphtérie. L'étude des courbes d'excretion de l'acide ascorbique au cours des diphtéries moyennes montre que le déficit est proportionnel à la durée de la maladie, l'importance de l'elimination n'a pas de valeur pronostique ; au cours des associations diphtérie-scarlatine les courbes sont comparables à celles de la diphtérie seule. Dans les altérations myocardites, les hémorragies nasales et les paralysies post-diphtériques des améliorations rapides ont cependant été obtenues.

Sur le taux du potassium dans le sérum au cours de l'urémie

Il se montre généralement élevé au cours de l'urémie et Schonholzer (*Klin. Wochenschft.*, 13 juin 1942) en a trouvé jusqu'à 93 mgr. % dans un cas de néphrite chronique. Cette élévation de kaliémie est généralement en rapport avec la rétention des substances de déchet et liée non pas à une simple diminution de la diurèse mais à une insuffisance rénale. La partie du potassium liée aux protéines du sérum et étudiée après dialyse reste constante et ne descend fortement que lors de l'apparition de l'hyperkaliémie.

Fin du traitement des ulcères par le régime comme méthode de choix

Après un exposé historique du régime des ulcéreux, au cours duquel il rappelle les paroles de Cruveilhier : le régime de l'estomac c'est la diète, Kürten (*Münch. Mediz. Wochenschft.*, 12 juin 1942) expose ses conceptions. Il estime que la diathese ulcéreuse prouvée par les fréquentes récidives et le peu d'efficacité des régimes pronés, de Cruveilhier à Kalk, justifie l'abandon des cures diététiques. Le traitement peut être ambulatoire et les ulcéreux laissés à leur travail ; les injections intra-veineuses d'albumines végétales dont l'efficacité est prouvée sont aisément poursuivies.

G. Ledoux-Lebard.

INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

Faculté de Paris. — Les chaires de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Gosset), de pathologie médicale (dernier titulaire : M. Pasteur-Vallery-Radot) sont déclarées vacantes.

Assistance publique — Hôpitaux

Paris. — Concours de l'Internat. — La première épreuve écrite du concours aura lieu le mardi 13 octobre 1942, à 9 heures, à la salle Wagram, 39, avenue de Wagram (métro : Etoile ou Ternes).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé (escalier A, deuxième étage) tous les jours, les dimanches exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au samedi 19 septembre 1942 inclusivement.

Vie professionnelle

Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins. — Diverses questions ont retenu l'attention du Conseil en ces dernières semaines.

Tout d'abord la relève des médecins prisonniers ; elle va s'effectuer à un rythme plus accéléré ; des désignations d'office auront lieu prochainement.

La qualification des chirurgiens et spécialistes sera faite dans le cadre régional. Les commissions établiront les listes avec l'esprit le plus large. Pour qu'elles puissent avoir leur valeur, ces qualifications seront mentionnées sur les listes officielles. Un appel devant le Conseil supérieur sera possible.

La retraite du médecin est toujours à l'étude. Un timbre fiscal de 5 francs, obligatoire pour tous les certificats non exonérés du timbre, a été admis en principe par le ministère des finances qui serait également disposé à admettre, pour les frais professionnels, un abattement de base de 60.000 francs, avec majoration variable suivant l'importance du revenu déclaré.

Diverses propositions faites par les Assurances sociales et les Comités sociaux ont été examinées et ont fait l'objet de contre-propositions de la part du Conseil.

Les médecins sinistrés, ayant tout perdu, recevront une indemnité de 5.000 francs. Ceux des régions côtières, qui mènent une vie héroïque à laquelle le Conseil rend hommage, pourront demander la remise gratuite de leurs impôts et seront exonérés de la part de cotisation qui revient au Conseil supérieur.

Soixante-dix de leurs enfants seront reçus au cours de ces vacances par des médecins de la Savoie, de l'Isère et des Basses-Alpes.

Enfin la Commission de l'Enseignement médical, nommée récemment, envisage pour une date prochaine la limitation du nombre des étudiants, sur la base de l'admission dans les Facultés d'un nombre d'étudiants correspondant à la mortalité médicale annuelle.

ECHOS & GLANURES

L'esprit d'observation en médecine au XVIIIe et XIXe siècle. — « Les médecins, arrivés sur la fin de leur vie, philosophent volontiers, qu'ils soient praticiens ou chargés d'enseignement », M. Cruchet a fait comme ceux dont il parle. Et c'est le résultat de ses méditations, qu'il vient de réunir en un volume « De la méthode en médecine » qui lui a permis d'obtenir tout dernièrement le grade de docteur ès-lettres.

Voici, extrait de ce livre (1), un passage où M. Cruchet parle de l'esprit d'observation chez quelques médecins du XIXe siècle.

« .....Sitôt Sydenham disparu, les médecins furent à nouveau les victimes de ces « deux sortes de gens », pour parler comme Sydenham, les uns qui, « pour couvrir leur ignorance et leur paresse, allèguent le faux prétexte du respect extraordinaire qu'ils prétendent être du aux anciens dont ils n'osent s'écarter de rien » ; et les autres qui, « voulant se donner la réputation de génies supérieurs, vous accablent de raisonnements et de spéculations qui ne servent de rien du tout pour la guérison des maladies, et qui, au lieu de montrer le bon chemin aux médecins, ne font que les jeter dans l'erreur ».

Aussi n'est-ce que près d'un siècle et demi plus tard, avec Laënnec, que nous voyons le retour à la véritable méthode d'observation permettre entre ses mains la description presque définitive de la pathologie du cœur et surtout du poumon. L'exemple de Laënnec est particulièrement typique pour démontrer, ici encore, ce qu'un procédé extrêmement simple et banal est susceptible de donner quand il est utilisé par un observateur de génie. On raconte partout, et on l'a beaucoup répété à l'occasion du centenaire du fameux Traité de Laënnec, que ce grand clinicien a découvert l'auscultation : c'est une profonde erreur. L'auscultation était connue d'Hippocrate, nous l'avons vu, et Laënnec a été le premier à le faire remarquer. Il semble « naturel de penser, note-t-il, que cet habile observateur eût dû appliquer ce moyen d'exploration à l'étude des maladies de poitrine » ; et il « est assez singulier », souligne-t-il, que le passage d'Hippocrate où il en est question « n'ait pas fixé jusqu'ici l'attention des médecins ». Mais il ajoute ensuite cette réflexion profondément vraie :

« Cela semble étonnant, et cependant rien n'est plus ordinaire : il n'est pas donné à l'homme d'embrasser tous les rapports et toutes les conséquences du fait le plus simple ; et les secrets de la nature sont plus souvent trahis par des circonstances fortuites qu'ils ne lui sont arrachés par nos efforts scientifiques ».

Evidemment, mais les circonstances fortuites ne peuvent pas être mises à profit par n'importe qui. Comme Laënnec l'écrit lui-même :

« On n'arrive à un résultat en médecine que par des observations nombreuses, et assez rapprochées pour permettre d'établir facilement entre les faits des comparaisons propres à les réduire à leur juste valeur, et à démêler la vérité au milieu des erreurs qui naissent continuellement de l'inexpérience de l'observateur, de l'inégalité journalière de son aptitude, de l'illusion de ses sens et des difficultés inhérentes à la méthode d'exploration qu'il emploie ».

Précisément, ce sont tous ces écueils que son génie a su éviter : il contrôle sans cesse les faits qui lui sont fournis par l'examen clinique, en particulier par l'auscultation, avec les lésions anatomiques, et scrute, note, compare, rapproche et classe enfin ; ainsi il arrive à séparer définitivement, et par des signes certains, la pneumonie et la pleurésie, jusque-là plus ou moins confondues ; il décrit avec la même clarté incomparable l'emphysème, l'apoplexie et la gangrène pulmonaire, l'œdème pulmonaire, le pneumothorax, la dilatation des bronches ; il précise surtout pour la première fois, avec une sûreté magistrale, les lois symptomatiques de la tuberculose pulmonaire.

Il croit avec passion que c'est à l'auscultation médiate, c'est-à-dire à l'emploi du stéthoscope, qu'il doit ses découvertes ; il croit aussi à la toute puissance de l'anatomie pathologique, que, dans son enthousiasme exalté de savant, il fait toujours passer avant la symptomatologie. En réalité, ces moyens ne lui ont servi qu'à déterminer avec une impeccable netteté les signes cliniques qui caractérisent essentiellement la vérité morbide : car pour trouver ces signes, depuis qu'il les a décrits, nous ne nous servons pas nécessairement du stéthoscope, et nous nous contentons le plus souvent d'exercer directement notre oreille ; quant à l'examen *post-mortem* — comme son nom l'indique du reste — il demeure toujours un moyen de contrôle pour confirmer une vérité ou redresser une erreur — et, en cela il est d'une incontestable utilité — ; mais il ne saurait, en aucun cas, prendre le pas sur l'examen symptomatique.

Laënnec est, malgré ses emballements contre ses détracteurs, un observateur méthodique et glacé ; ses descriptions sont admirables de vérité, mais elles ont quelque chose de la froide beauté du marbre. Trousseau — de vingt ans plus jeune — met dans les siennes plus de flamme vivante et colorée : le malade n'est pas seulement le réactif animal dont on dissèque à nu les misères pathologiques ; c'est un malheureux qui souffre et dont la douleur transparaît à travers la maladie. Mais ce n'est point parce que Trousseau, servi par une éloquence merveilleuse, a pu faire défiler devant des milliers d'étudiants et de jeunes docteurs accourus de tous les coins du monde, en émouvants tableaux pleins d'un art achevé, toute la médecine de son temps, que ses Cliniques sont demeurées classiques : c'est parce que le sens admirable de l'observation avait passé en elles, et qu'aujourd'hui encore on peut lire, sans qu'elles aient beaucoup vieilli, ses magnifiques leçons sur les fièvres éruptives, la diphtérie, le croup et le faux-croup, la coqueluche, l'asthme, l'angine de poitrine, les convulsions et l'éclampsie, la tétanie (ou maladie qui porte son nom), la névralgie faciale, les chorées, etc...

Or, que dit Trousseau ? Exactement la même chose que ses devanciers :

« La médecine est l'art de guérir, elle n'est que cela ; guérir est le but, et toutes nos méthodes aboutissent à la thérapeutique médico-chirurgicale... Il se présente plusieurs méthodes ; mais toutes sans exception, dans tous les temps, dans toutes les écoles, sont fondées sur l'observation préalable des faits... On a toujours vu, toujours regardé quand on voulut acquérir une notion et systématiser ses connaissances... Ainsi, tout médecin, dans le monde, a vu, regardé, comparé... ».

C'est exactement la même méthode générale qui a permis à Duchenne de Boulogne, et à Charcot, par un travail d'esprit d'observation qui se rapproche beaucoup de celui de Laënnec, de fonder la neurologie.

En ce qui concerne particulièrement Duchenne de Boulogne, les faits sont caractéristiques. Chacun sait que le titre de son célèbre ouvrage est : *De l'électrisation localisée.* Or, ce génial observateur ne s'y trompe pas lui-même. Il remarque, à l'occasion de la troisième édition, en 1872, que ce titre « est devenu insuffisant, et qu'il n'annonce pas les matières principales dont il y est traité ». Et lui, qui pourtant avait bâti sa réputation d'original en se promenant chaque jour, durant des années, dans les services d'hôpitaux avec sa petite boîte électrique sur le dos, précise plus loin dans son livre ceci : « Je ferai connaître les résultats de mes recherches électrothérapeutiques immédiatement après chaque étude pathologique ». C'est la vérité médicale même. Pour une raison identique, il dit qu'il a « complété par des études anatomo-pathologiques et pathogéniques la description des espèces morbides ».

Il doit savoir, en effet, mieux que personne, que ce sont les « travaux purement cliniques », selon sa propre expression, qui sont la seule chose qui ne meurt pas en médecine. Et de fait, l'électrisation telle que la pratiquait Duchenne paraît un jeu d'enfant à côté des usines ronronnantes de nos électrothérapeutes modernes ; tandis que ses descriptions de l'atrophie musculaire progressive, de l'ataxie locomotrice, de la paralysie glosso-labio-laryngée, de la paralysie pseudo-hypertrophique, de la paralysie infantile, des spasmes fonctionnels, des affections cérébelleuses, etc., ont conservé l'inaltérable relief de leur image primitive ».

(1) Publié par les Presses Universitaires. Un vol. de la Bib. de Philosophie contemporaine, 450 pages. Prix : 100 francs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un syndrome anatomo-clinique : L'Hyperplasie progressive du basi-occipital (Clivus de Blumenbach)

Par M. **Jean LHERMITTE**

Il est assez singulier d'observer que si l'attention est de plus en plus attirée vers les déformations dont le rachis peut être le siège, qu'il s'agisse de tumeurs d'origine osseuse ou de ces anomalies discales dont une mode sans mesure s'est emparée, les modifications pathologiques du foramen magnum, nous voulons dire du trou occipital, ne paraissent guère avoir suscité d'intérêt. Et cependant toute altération de structure de cette partie de l'occipital est capable d'entraîner non seulement les désordres les plus graves, mais encore de déterminer l'éclosion de syndromes très particuliers et riches de perspectives cliniques pathogéniques et thérapeutiques.

Aussi est-ce en partie pour entraîner l'adhésion de quelques esprits vers l'approfondissement du problème que nous posent les déformations du *foramen* magnum et singulièrement de la lame basilaire que nous donnons un raccourci des deux faits personnels qu'il nous a été donné d'observer.

Ces deux faits se rapportent à l'*hypertrophie progressive du basi-occipital* et à ses conséquences sur le bulbe rachidien dans sa traversée du foramen magnum. On le sait, la lame basilaire se compose de deux segments séparés d'ailleurs par une crête transversale ; le basi-sphénoïde qui se continue avec la selle turcique en avant, et le basi-occipital dont le bord postérieur forme la limite ventrale du foramen occipital. Basi-sphénoïde et basi-occipital se développent aux dépens du clivus de Blumenbach, et depuis Virchow (1876), il a été établi que cette région peut être le siège d'anomalies embryologiques dont la conséquence plus ou moins éloignée est de produire des modifications souvent très importantes sur le tronc cérébral et spécialement le bulbe et la protubérance en raison de leur situation sur la gouttière basilaire. Depuis l'avènement de la radiologie, ces empreintes basilaires ont été parfois retrouvées ainsi que le mentionnent Stenvers, de Morsier et F. Junet, mais l'on doit reconnaître que c'est à Madame J. Déjerine que nous devons la première description complète d'une très curieuse malformation du clivus de Blumenbach : l'aplasie de la lame basilaire.

Cette malformation dysplasique du basi-occipital, qui peut-être supportée sans grand dommage pendant un certain nombre d'années, entraîne cependant la mort avant 30 ans par compression bulbaire. Basi-sphénoïde et basi-occipital aplasié forment un angle ouvert en haut et en arrière sur lequel vient buter la masse du bulbe rachidien écrasé aussi par la saillie de l'apophyse odontoïde.

Mais à cette aplasie du basi-occipital, l'on peut opposer une malformation toute contraire, l'*hyperplasie progressive de la lame basilaire occipitale.* Observons immédiatement que, pour assez différents que se montrent les symptômes qui traduisent cette modification morphologique, ceux-ci ne sont pas sans offrir quelques analogies avec la physionomie clinique du syndrome anatomo-clinique établi par Madame Déjerine. On n'en sera point surpris si l'on se représente que les effets mécaniques de ces deux déformations ne peuvent être qu'assez semblables. Que le bulbe soit comprimé par l'apophyse odontoïde ou par la lame épaissie du basi-occipital, il en résulte nécessairement un retentissement profond sur les fonctions bulbaires, sur la circulation cérébro-spinale, enfin et surtout sur la conduction des faisceaux spino-encéphaliques ascendants et descendants.

Le premier fait qui est venu à notre observation et que

FEUILLETON

LE MONDE MÉDICAL PARISIEN IL Y A CENT ANS (1)

Les praticiens

Après avoir parlé assez longuement des maîtres de l'époque, passons un peu aux simples praticiens et voyons quel était leur sort. On n'oserait affirmer qu'il fût très enviable et, à ce point de vue, toutes les époques se ressemblent. Il y a à Paris, en 1842, environ 1.500 médecins dont 1.400 sont en possession du diplôme de docteur, les autres étant seulement officiers de santé. Nous y reviendrons. Ces praticiens ont le plus grand mal à gagner leur vie. D'une statistique du temps, il résulte que, sur ce total de 1.500 médecins, il en est 300 dont les recettes sont supérieures aux dépenses, 500 pour qui le doit et l'avoir s'équilibrent et 700 qui ne font pas leurs frais. Bien entendu, parmi les premiers, il faut compter une trentaine de professeurs ou d'agrégés, une cinquantaine de médecins des hôpitaux et y ajouter environ 20 spécialistes et une douzaine de tristes sires qui doivent leur succès à une publicité plus ou moins correcte.

Munaret calculait, en 1840, que les dépenses d'un médecin citadin atteignaient 4.800 francs par an, qu'il pouvait gagner jusqu'à 5.000, 10.000 francs et plus si son savoir faire était supérieur à son savoir, mais qu'il encaissait encore moins qu'un médecin de campagne si son savoir l'emportait sur son savoir faire ; or il n'avait connu qu'un médecin campagnard qui gagnât 3.000 francs année commune. Donc la pratique de ville ne permettra pas, dit-il, au médecin « de confier à la caisse d'Epargne les économies d'un ouvrier ou d'une cuisinière ».

Encore le médecin de campagne peut-il faire ses visites dans n'importe quel costume et n'importe quel équipage. Il n'en est pas ainsi du médecin de grande ville : « Pour être médecin, dit Mettais vingt ans plus tard, voici la recette : Prenez une paire de lunettes bleues ou vertes ; si vous n'y voyez pas, vous serez libre de regarder par dessus et par dessous ; ayez de plus un habit noir ou une redingote, c'est admis ; un gilet noir et une cravate blanche ; plus une canne à la main si vous n'avez pas de cabriolet, mais le cabriolet vaut mieux ; ajoutez-y une tabatière d'argent... » A défaut de cabriolet, un très grand nombre de praticiens vont en effet à pied, quelques-uns en omnibus. Les heureux de la profession ont leur calèche et Bouillaud est transporté, paraît-il, par un véritable carosse qu'*Hygie* appelle le « char du soleil ».

La visite et la consultation se paient couramment deux francs. Récamier, dans sa correspondance, parle de visites à trois livres. Tel était le prix de Piorry lui-même jusqu'en 1830, année où il porta le taux de ses visites à cinq francs. « Je reçois à partir de 3 francs », disait Corvisart à Napoléon qui le taquinait sur sa fortune. Près de trente ans plus tard, un médecin appelé en consultation par un confrère se faisait payer 20 francs.

On voit que la situation du médecin en général n'était pas des plus brillantes à cette époque. Munaret en accuse deux grands motifs : organisation vicieuse et relâchement des mœurs médicales (déjà !). Parmi les preuves d'une mauvaise organisation, il met en première ligne la création et le maintien des officiers de santé, ces demi-médecins. Il ne tarit pas de sarcasmes et même d'injures contre eux. Nous avons vu comment ils étaient recrutés, mais il y avait eu de nombreux et graves abus. Un afflux d'officiers de santé avait suivi le licenciement « de cette obscure nuée d'infirmiers dont Bonaparte faisait suivre sa chair à canon », infirmiers qui, pour ne pas être obligés de reprendre du service, se prévalurent du titre d'officier de santé, probablement sous le prétexte qu'ils avaient servi plusieurs années sous les ordres de quelque sous-Larrey un peu partout en Europe. Notre auteur parle de « tel vacher qui, pour deux cents francs et avec un certificat de criminelle complaisance, débita des âneries pendant un quart d'heure à des hommes d'honneur et de savoir qui n'ont pas rougi de les entendre ». Il s'agit sans doute d'obscurs praticiens de deuxième zone qui exerçaient dans les campagnes et qui y réussissaient à la faveur de leur origine modeste : « J'étais un bourgeois, dit le médecin de campagne de Balzac, et, pour eux, un bourgeois est un ennemi ». Il faut penser qu'à Paris, il existait d'autres garanties, car les officiers de santé parisiens ne furent pas, au temps dont nous parlons, ceux qui avaient la clientèle la moins avantageuse et nous savons que quelques-uns d'entre eux jouissaient d'une grande réputation, du moins chez les petites gens.

Parmi les spécialistes, il faut placer d'abord les médecins

(1) Voir : *Progrès médical*, 10 et 24 janvier, 10 et 24 avril 1942.

nous avons étudié avec notre regretté collaborateur P. Boveri, (de Florence), se rapporte à un homme âgé de 34 ans, lequel souffrait depuis quatre ans d'un affaiblissement progressif de la motricité des membres inférieurs doublé d'amyotrophie des mains et des épaules. Les réflexes tendineux se montraient très exagérés et le signe de Babinski des plus nets et bilatéral. Tout portait donc à penser que l'on était en face d'un syringomyélique fort banal lorsque, assez brusquement, apparurent une cyanose de la face, et une dyspnée tout inhabituelle au cours des cavités bulbo-spinales. Les choses s'aggravèrent très rapidement et le malade succomba au cours d'une syncope respiratoire.

L'autopsie nous révéla, alors, l'existence d'une hypertrophie considérable de la partie dorsale du basi-occipital, qui rétrécissant le foramen magnum d'avant en arrière et lui donnant une forme ovoïde transversale, comprimait la masse du bulbe rachidien. Celui-ci véritablement laminé, étranglé dans le défilé étroit ménagé entre l'écaille occipitale et la lame basilaire en dos d'âne, se continuait avec une moelle cervicale distendue par une cavité hydromyélique, laquelle se terminait dans les derniers segments dorsaux. De même que, dans l'observation de Madame Déjerine, la compression bulbaire avait entraîné le développement d'une syringomyélie hydromyélique (Schlesinger) ; mais tandis que dans l'aplasie de la lame basilaire l'écrasement bulbaire était dû à la saillie odontoïdienne, ici l'hypertrophie basilaire s'en avérait l'origine.

C'est tout récemment que nous avons pu suivre, avec Voto-Bernalès, puis avec J. Sigwald, un malade atteint de la même altération cranienne. Il s'agit ici d'une femme hospitalisée à l'Hospice P. Brousse pour sénilité. A son entrée, nulle modification des fonctions cérébro-spinales ne pouvait être relevée. C'est après avoir dépassé l'âge de 72 ans que cette patiente se plaignit d'éprouver des sensations bizarres dans les mains et dans les pieds. Des sensations de fourmillements, d'engourdissement des extrémités la hantaient en même temps qu'elle éprouvait une fatigue générale et une gêne de la marche.

En outre, cette femme dont l'intelligence demeurait très vive remarquait qu'elle ne pouvait plus reconnaître les objets par le seul toucher. L'examen nous faisait constater, en effet, l'existence d'une agnosie tactile complète et d'autant plus remarquable que les sensibilités élémentaires se montraient rigoureusement intactes. Tous les réflexes tendineux étaient exaltés et s'accompagnaient même de clonus du pied. Les signes de Babinski, d'Oppenheim, de Chaddock s'affirmaient positifs des deux côtés. La ponction lombaire donna issue à un liquide de tension basse (9 au manomètre de Claude) et de constitution normale.

Ce syndrome d'astéréognosie spasmodique progressa lentement mais sans rémission ; les troubles des sensibilités élémentaires apparurent, la paraparésie se transforma en une paraplégie spastique sans toutefois se compliquer de troubles sphinctériens ni bulbaires. Ici encore, le dénouement se réalisa dans une syncope, laquelle avait été précédée quelques jours auparavant d'un malaise subit avec anxiété.

L'autopsie permit ici de reconnaître, comme dans notre premier fait, la réalité d'une augmentation volumétrique considérable du basi-occipital, lequel comprimait la face antérieure du bulbe et déterminait une dégénération limitée des cordons postérieurs ainsi qu'un écrasement des pyramides bulbaires. Histologiquement, il s'agissait d'une hyperplasie osseuse aux travées régulières mais au sein de laquelle nous avons pu relever la présence de quelques rares lymphocytes autour des vaisseaux. Un processus inflammatoire est-il à la source de cette singulière hypertrophie osseuse ? la question est ouverte, mais donner la solution de ce problème serait prématuré.

Des faits que nous venons d'exposer, l'on peut conclure à la réalité d'un syndrome anatomo-clinique différencié, dont l'hyperplasie du basi-occipital avec les conséquences que celle-ci entraîne du fait de la compression bulbaire, sont les éléments fondamentaux.

Contrairement à l'aplasie de la lame basilaire de Me Deje-

---

fonctionnaires qui remplissent un rôle social et qui sont, à peu de choses près ceux que nous connaissons encore aujourd'hui, mais moins nombreux parce que les fonctions sont moins multipliées et que les services sociaux sont plus rares. Voici le médecin de dispensaire et des sociétés de bienfaisance, dont l'activité est presque gratuite mais Cruveilhier fait remarquer que « toute fonction gratuite jette son frai et engendre tôt ou tard une fonction bien payée » ; voici le médecin des corporations d'ouvriers « philanthrope, démocrate, donneur de poignées de mains, modeste dans ses honoraires » (Munaret) ; le médecin des sociétés secrètes ; le médecin des nourrices, le « médecin des morts », autrement dit de l'état-civil, les médecins experts devant les tribunaux, dont les plus connus sont le doyen Orfila et Ollivier (d'Angers), le médecin des théâtres, les médecins des fabriques (le médecin d'usine de nos jours) et ceux des douanes ; enfin le médecin des eaux qui est alors moitié homme de science et moitié administrateur (Balzac l'a dépeint dans la *Peau de Chagrin*).

Viennent maintenant les véritables spécialistes de la médecine. Nous voyons quelquefois parmi eux des maîtres, des hommes en vue, voire de membres de l'Académie. Il y en a déjà beaucoup quoique, évidemment, moins qu'aujourd'hui. Ce sont les lithotomistes comme Civiale et Leroy d'Etiolles qui rompent lance sur lance et que Comet soupçonne de ne se faire qu'une guerre apparente pour détourner de leur côte la clientèle des calculeux au détriment des Amussat, des Heurteloup et des Ségalas ; si la comédie est réelle, elle est bien jouée, car la polémique entre eux ne cesse guère. Suivent les orthopédistes, souvent propriétaires de maisons de traitement spéciales, comme Bouvier, Jules Guérin, Godier, Chailly, sans compter Thierry, qui fut « rebouteur de la Cour » sous Charles-X. Viennent maintenant les oculistes comme Desmares, Deval, Rampon, Furnari et celui qui a le plus de vogue, l'allemand Sichel. Remarquons qu'à cette époque les chirurgiens les plus connus opèrent aussi bien les yeux que les autres organes et il est un tableau assez connu qui représente Dupuytren intervenant dans une cataracte. Il y a des oto-rhinologistes comme Ménière et Deleau. Il y a surtout des aliénistes directeurs de maisons de santé et qui sont légion, depuis Blanche, Comet (lequel a bien des cordes à son arc), Voisin, Pinel neveu, Pressart, Puzin, jusqu'à Leuret, dont la « manière forte » en aliénation mentale déclenche à juste titre, des protestations, Moreau (de Tours) et Métivié, qui est le neveu d'Esquirol. Comptons aussi les obstétriciens en tête desquels marchent Paul Dubois, Moreau, professeurs à la Faculté, Danyau, Depaul, Pichard ; les gynécologues, qui paraissent en petit nombre et dont le plus connu est Récamier, et les pédiâtres comme Guersant et Baron.

Suivent les seigneurs de moindre importance, les stomatologistes et dentistes, par exemple, parmi lesquels beaucoup d'officiers de santé, mais aussi nombre de docteurs en médecine, témoins Oudet, Arosa, Hénoque, Regard, Leymarie, lequel se fait moquer de lui parce qu'il a pris le titre de « dentiste de l'ancienne Cour » et jusqu'à une femme, Mme Fanton, à qui l'on conteste le droit de soigner les molaires de ses contemporains ; enfin les embaumeurs comme Gannal (qui n'est d'ailleurs que pharmacien et qui soutient contre Marchal (de Calvi) un procès dont nous avons déjà parlé), Bricheteau et Perrère.

A l'étage inférieur, tandis que les Ricord, les Lugol et les Gibert ravivent l'éclat de l'école parisienne, siègent, en marge, les spécialistes des maladies vénériennes qui proclament *urbi et orbi* les résultats merveilleux de constance et de rapidité obtenus grâce à leurs méthodes infaillibles. Parmi eux, ceux qui dominent la scène sont sans doute Giraudeau (dit de Saint-Gervais) dont la thérapeutique se basait sur l'exclusion du mercure ; il édite la *Syphilis* de Barthélemy, s'offrant ainsi un collaborateur de marque ; il publie en même temps un *Traité des maladies vénériennes* dont *Hygie*, qui ne ménage pas l'auteur, accepte néanmoins la publicité. Payenneville nous apprend que les frais de réclame de Giraudeau se montaient annuellement à plus de deux cent mille francs ; d'ailleurs les *Débats* et le *Temps* n'hésitent pas à insérer cette publicité. L'imitent, mais sans doute à moindre prix, Bachoué (de Lostalot), Chamonot, dit Charles-Albert, Rey de Jougla, Belliol, Benech, Taisserre, etc. N'omettons pas de dire que, pendant ce temps, dans une sphère différente, Bésuchet annonce à grand renfort de réclame qu'il jugule toutes les gastralgies et de la Chanterie qu'aucun spécialiste des yeux ne peut lui être comparé. Ces Messieurs ne se soucient guère des attaques de la presse médicale ; ils gagnent des fortunes et le reste les laisse indifférents.

La réclame pharmaceutique

Ceci nous amène à dire quelques mots de la réclame pharmaceutique qui a pris depuis quelque temps un développement

rine, dont MM. de Morsier et Junet rapportaient récemment un très bel exemple, l'hyperplasie du basi-occipital apparaît dans un âge beaucoup plus avancé et progresse avec une extrême lenteur pour se terminer d'une manière soudaine et dramatique. Nous voudrions insister sur le fait que la réduction du diamètre antéro-postérieur du *foramen magnum* n'entraîne pas toujours le même retentissement sur le bulbe comprimé puisque notre premier malade était considéré comme un syringomyélique tandis que le second offrait le tableau le plus saisissant de l'astéréognosie spasmodique décrite par G. Guillain chez l'enfant.

Sans vouloir nous appesantir sur le côté neurologique du syndrome, nous ne pouvons cependant omettre de faire remarquer l'intérêt théorique et pratique tout ensemble qui s'attache à la constatation d'une astéréognosie pure de toute perturbation des sensibilités élémentaires. Pendant de longs mois, notre malade, dont la motricité des mains était intacte, se montrait incapable de reconnaître les objets par le seul palper et de préciser la forme des choses qu'elle avait en main ; et cependant le tact, les sensibilités au chaud, au froid, à la piqûre demeuraient intactes de même que les sensibilités profondes, y compris la pallesthésie. Si nous insistons sur ce point, c'est qu'il convient de retenir que l'agnosie tactile n'est pas obligatoirement la conséquence ou le témoignage de l'atteinte des analyseurs corticaux et que, d'autre part, il est relativement fréquent d'observer la survenance d'une agnosie tactile de cette nature à la suite des tumeurs qui se développent dans la fosse cérébrale postérieure et spécialement dans la région bulbaire. Si l'on en exigeait des preuves, nous citerions les belles observations de H. Cushing et Bailey, de G. Roussy et G. Lévy, de Rubinstein. En sorte que, en présence d'une astéréognosie tactile associée à des perturbations pyramidales, le devoir du neurologiste et du chirurgien est de rechercher tout d'abord et avec tous les moyens d'investigation dont nous disposons, les moindres témoignages qui peuvent attester la réalité d'une compression extra ou intra-bulbaire.

Toutefois, il importe également d'avoir présent à l'esprit que certaines explorations peuvent être fort dangereuses ; l'encéphalographie, par exemple, et que les radiographies sont d'une lecture fort difficile (Stenvers).

La démonstration d'une augmentation de volume du Clivus suffit-elle pour permettre d'affirmer qu'il s'agit bien d'une hyperplasie du basi-occipital ? Evidemment non ; car d'autres processus peuvent réaliser une apparence semblable ; les méningiomes basilaires dont L. Beichl et Birmayer ont fait une étude récente et l'hypertrophie de la maladie de Paget telle que celle-ci est réalisée dans une belle observation publiée par Dubois-Ferrière.

Mais aussi bien les méningiomes basilaires que l'hypertrophie du clivus déterminée par la maladie de Paget revêtent une physionomie différente de celle qui porte témoignage de l'aplasie ou de l'hyperplasie basi-occipitale. Celles-ci se parent d'un masque bulbo-spinal, celles-là d'une symptomatologie cérébrale. Aussi ont-elles conduit à des interventions qu'il eût été préférable d'éviter.

Pour ne pas être trop incomplet, nous rappellerons encore que l'on a parfois observé des ostéomes de l'apophyse odontoïde ayant déterminé sur le bulbe une compression analogue à celle qui figure dans l'aplasie et dans l'hyperplasie du basi-occipital. Un mémoire de M. Nonne réunit la plupart des cas de ce genre. Enfin il convient de signaler que les modifications de l'apophyse basilaire que nous avons décrites ne peuvent être confondues avec le syndrome de Klippel-Feil ou avec l'assimilation de l'Atlas. Toutefois, certaines malformations peuvent se grouper ainsi qu'en fait foi une intéressante observation toute récente de Dereymaeker (1940). Dans ce fait la compression bulbaire s'affirmait par une syringomyélie cervicale et les radiographies permettaient de constater l'existence d'une convexité dorsale saillante de la lame basilaire associée à la soudure de l'arc postérieur de l'atlas à l'occipital.

Certes, nous ne doutons pas qu'il reste encore beaucoup d'inconnu dans la pathologie de la première pièce crânienne,

---

considérable et qui alimente non seulement la quatrième page des journaux, mais parfois aussi la chronique des tribunaux. Nous aurons à y revenir. Ce ne sont que chocolat de santé incomparables, poudres souveraines pour tous maux, pâtes pectorales infaillibles, sirops extraordinaires et pilules miraculeuses. Chacun des inventeurs de ces remèdes infaillibles essaie de capter les suffrages de la commission des remèdes secrets qui siège à l'Académie. Celle-ci est submergée sous les demandes mais les repousse pour la plus grande part sans même en parler en séance. L'Académie, dit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, est assiégée par une foule d'inventeurs de remèdes secrets, de fabricants de seringues, de lits orthopédiques, etc., qui demandent son approbation, sauf à s'en passer parfaitement quand ce corps savant la leur refuse, ce qui du reste arrive à peu près constamment ». Seulement le secrétaire perpétuel, qui est un homme poli, répond par une lettre de remerciement et les réclamistes se servent de celle-ci comme d'un titre de gloire. S'il y a eu lecture faite en séance, l'auteur en prend prétexte pour se parer de l'autorité de la savante Compagnie lorsqu'un peu plus tard, l'invention (?) nouvelle est offerte au public sous un nom déposé plus ou moins ronflant (heureusement que cela ne se voit plus de nos jours).

Habitués comme nous le sommes à voir la réclame pharmaceutique occuper dans nos journaux professionnels une place presque égale à celle des articles scientifiques, des comptes-rendus de sociétés et des informations, nous sommes surpris de constater qu'il y a cent ans cette publicité ne tenait en général (il y a des exceptions) qu'une place médiocre dans la presse médicale. Elle ne s'y étalait guère en clichés, consistait surtout en quelques lignes jetées çà et là à la dernière page. Chose qui nous surprendra davantage, les journaux médicaux n'hésitent pas à vanter les mêmes produits que la presse politique prône au commun des mortels. Aujourd'hui la différence entre les deux genres de spécialités est le plus souvent très marquée. Si cette publicité est assez discrète dans les organes professionnels, elle se rattrape dans la presse quotidienne où elle se développe sans scrupules. Elle s'y montre à la fin des feuilles sous forme de « placards » et aussi sous l'aspect de petits articulets semés, semble-t-il, au hasard de la place disponible. La *Presse* d'Emile de Girardin (prix de l'abonnement, 12 francs par trimestre) l'accueille volontiers dans sa quatrième page encombrée de réclames de toute sorte. Les clichés y voisinent avec lesdits entrefilets dont le coût est de 1 fr. 40 à 3 francs la ligne suivant sa longueur. On voit dans le *César Birotteau* de Balzac. quels efforts il faut déployer pour faire passer ces entrefilets qui doivent encombrer le « marbre » et aussi que, moyennant une diplomatie rusée, on obtient parfois la gratuité pour l'un d'eux. On y apprend aussi quel luxe d'affiches complétait cette publicité dans les journaux. Les pharmacies surtout en étalaient d'énormes qui ne pouvaient laisser le public indifférent Parfois, comme dans certaine officine de la rue du Coq, des caricatures médicales arrêtaient l'attention du passant. Gaudissart faisait bien les choses. Bien entendu la plupart de ces spécialités ainsi offertes à grand renfort d'argent ont vécu. Quelques-unes ont franchi les âges jusqu'à nous comme la pâte de Regnault, le vésicatoire d'Albespeyre, le sirop de digitale de Labelonie, la pâte de Canquoin et ce n'est pas la faute des inventeurs d'alors si le santal, les lavages et les sulfamides ont détrôné dans le traitement de la blennorragie le copahu qui était il y a cent ans si en vogue qu'une bonne partie de cette réclame concerne les produits dans lesquels il entre. Car les spécialistes de « maladies secrètes » s'en donnent à cœur joie de promettre la guérison rapide et assurée de ces misères humaines. Mais si l'eau de Botot a survécu, que sont devenues l'eau de Mars et le « narcodonte » ? Où sont à présent les dragées de Quinobaume, l'eau du docteur Chapelain, qui guérissait tant de choses, le sirop de mou de veau dans lequel, disait Comet, il n'entre ni veau ni mou et qui paraît un avant-coureur de l'opothérapie, le cosmétique épilatoire... Mais où sont les neiges d'antan ?

D'autre part sévit encore la publicité pour les maisons de santé et les établissements « magnétologiques » qui se servent naturellement des débats agités de l'Académie pour s'offrir à tous les maux possibles. Certains journaux médicaux fulminent bien contre cette réclame débordante, mais ils ne sont pas nombreux et ce sont surtout ceux à qui les produits pharmaceutiques ne paient guère tribut. Ils se rattrapent, au demeurant, en vantant les appareils de chauffage, les bouts de sein et autres mirifiques découvertes, de même que tel ou tel mode de traitement inédit. *Hygie* cingle volontiers vertement les fabricants de maint remède et de maint traitement, mais son directeur possède une méthode thérapeutique qui lui est personnelle et sur laquelle il s'étend avec complaisance.

mais déjà nous avons en mains quelques données qui permettent de nous orienter et nous tenons quelques faits qui aideront, croyons-nous, à éviter des erreurs regrettables et inciteront à chercher avec plus d'insistance qu'autrefois les modifications du *foramen magnum* génératrices des compressions bulbaires.

BIBLIOGRAPHIE

I. L. BEICHL et BIRKMAYER. — Zwei vom Clivus Blumenbacher ausgehende Meningiome. *Der Nervenarzt*, fas. 10, octobre 1939.
II. H. CUSHING et P. BAILEY. — Tumors arising from the blood veissels of the brain. 1. vol. 1928.
III. Mme J. DÉJERINE. — Dystrophie osseuse par aplasie de la substance spongieuse du corps basilaire. *Académie de médecine*, 29 juin 1926 et *Revue neurologique*, octobre 1926.
IV. DUBOIS-FERRIERE. — Cyphose du clivus consécutive à la localisation cranienne de la maladie de Paget. *Schw. Zeit. f. allgem. Patho-* n° 3, 1940.
V. DEREYMACKER. — A propos de l'impression basilaire et du syndrome de Klippel-Feil. *Journ. belge de neurologie*, décembre 1940, n° 12.
VI. J. LHERMITTE et BOVERI. — Cavité médullaire consécutive à la compression bulbaire. *Riforma medica*, juin 1912.
VII. J. LHERMITTE et VOTO BERNALES. — L'astéréognosie spasmodique à évolution progressive de la sénilité. *Rev. neurol.*, T. 72, n° 6, p. 584, 1940.
VIII. J. LHERMITTE et J. SIGWALD. — Sur l'astéréognosie spasmodique consécutive à l'hyperplasie du basi-occipital. *Rev. neurol.* T. 75, n° 3-4, p. 141.
IX. DE MORSIER et JUNET. — Aplasie de la lame basilaire de l'occipital avec syndrome clinique de tumeur de la fosse postérieure. *Rev. neurol.*, 1936, p. 1482.
X. M. NONNE. — Weitere Erfahrungen zum Kapitel der Diagnose von Komprimierenden Rückenmark-Stumoren. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk*, 1913, vol. 47-18.
XI. G. ROUSSY et G. LÉVY. — Existence d'une dissociation dite corticale des troubles de la sensibilité par atteinte bulbo-protubérantielle. *Rev. neurol.*, février 1930.
XII. RUBINSTEIN. — Astereognosis associated with tumors of the region of the foramen magnum. *Arch. of Neurol. and Psych.*, vol. 39, n° 5, mai 1938.
XIII. STENVERS. — Basale Impression. *in Hand. der Neurol. de Bumke-Foerster*. Vol. 17, f. 2, p. 174.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les incunables médicaux Lyonnais (1)

Par le Professeur **André CADE** (Lyon)

Cette étude est consacrée aux premiers ouvrages d'ordre médical imprimés à Lyon au XVe siècle, c'est-à-dire peu après l'invention de l'imprimerie, invention dont Louis XII disait, dans sa déclaration du 9 avril 1513, citée comme la première loi de la librairie et de l'imprimerie. « qu'elle semble être plus divine que humaine ».

Nous nous limiterons donc à une période relativement courte (en réalité 27 ans), très florissante par le grand nombre de publications qui virent le jour dans notre ville.

Cette étude nous conduira nécessairement à prendre un aperçu de la médecine de la fin du moyen-âge.

Le terme d'incunable (*incunabulum*, berceau) s'applique, on le sait, aux ouvrages imprimés au XVe siècle, période qui constitue le berceau de l'imprimerie et qui s'étend jusqu'à 1500 ou, plus exactement, jusqu'à Pâques 1501, fête qui constituait encore à cette époque le premier jour de l'année.

Le premier livre imprimé à Lyon remonte à 1473, Paris ayant devancé notre ville de trois ans. Mais Lyon peut s'enorgueillir d'avoir publié le premier livre illustré, le *Miroir de la Rédemption* et d'autre part Lyon imprima les premiers livres en langage vulgaire, c'est-à-dire en Français.

On peut, d'après Péricaud aîné, évaluer à 500 le nombre des ouvrages imprimés dans notre ville pendant les 27 der-

(1) Extr. du *Bulletin et Mémoires de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon*, t. XXIV, à paraître.

La presse médicale

Parlons donc de cette presse médicale professionnelle qu'il est aujourd'hui encore si intéressant de feuilleter.

Commençons justement par *Hygie*, l'un des journaux d'alors les moins connus, mais les plus originaux (trois numéros par mois pour 10 francs par an). Irrespectueux envers les sommités médicales du temps (sauf quelques-uns qui trouvent grâce devant lui) ; satiriste impitoyable des ridicules que comporte toute nature humaine, caricaturiste sans ménagements, contempteur des nouveautés qui ne lui agréent point, Comet, le directeur, est très « amusant » à lire, mais on ne saurait à distance garantir ni son impartialité ni son désintéressement. Il donne trop de place à ses amis et l'on sent que son principal souci est de piquer à la curiosité du lecteur éventuel. Un peu plus tard, il fut doublé par Lachaise lequel publia dans ce journal plusieurs portraits de médecins contemporains dont il composa ultérieurement un volume précieux à consulter mais où il apporta maint adoucissement à la verve de ses articles.

La *Gazette des hôpitaux*, en 1842, est âgée de 15 ans. Elle paraît trois fois par semaine pour 36 francs par an. Chacun sait qu'elle vit toujours et qu'elle est prospère. Elle est dirigée à cette époque par Fabre (dit Le Phocéen), journaliste de premier plan, plein de bon sens et de vigueur et qui publia un peu plus tard un ouvrage fort curieux, difficile à se procurer actuellement, la *Némésis médicale*, illustrée par Daumier. Fabre a quelques « bêtes noires » qu'il stigmatise fréquemment et ne peut notamment sentir le doyen Orfila. Mais son journal a une belle tenue et se lit beaucoup. A ce point de vue, il est resté identique à lui-même. A côté de lui, Amédée Latour, sous le pseudonyme de Simplice, et que nous retrouverons plus tard. Son nom est demeuré pour nous l'un des plus notables du journalisme médical et ses feuilletons sont souvent étincelants d'esprit et d'une absolue justesse de pensée. Il devait devenir membre de l'Académie de médecine.

Le directeur de la *Gazette Médicale de Paris* (hebdomadaire, abonnement 40 francs), Jules Guérin, a déjà son fauteuil rue de Poitiers. Son journal dit noir toutes les fois que le précédent dit blanc. La tenue en est également très satisfaisante et les articles, comme les analyses, sont souvent un régal. Les nouvelles de la fin sont fréquemment un peu caustiques, mais bien amusantes pour ceux qui recherchent les peintures de cette époque. Naturellement la *Gazette Médicale de Paris* se range du côté d'Orfila, mai elle a aussi quelques têtes de Turc à qui Jules Guérin fait sentir son talent de critique, sinon d'invective. Cela lui vaudra parfois des désagréments et notamment des procès dont on reparlera.

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, qui survit de nos jours, lui aussi, est d'une tenue plus sévère, mais il dit son mot à propos de tous les événements en cours et ce mot est souvent des plus piquants. C'est néanmoins un organe plus purement scientifique et moins facilement batailleur. Il est mensuel et coûte 10 francs par an.

Que citer maintenant parmi la trentaine de journaux, de Bulletins, d'Annales qui vivent à Paris ou s'efforcent d'y vivre ? Le *Journal de Chirurgie* de Malgaigne qu'on retrouvera plus loin, *l'Expérience* d'Henroz qui ne paraît pas souvent, l'*Encyclographie médicale* de Lartigue, le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de Lebaudy et Gouraud, le *Bulletin général de Thérapeutique* qui porte gaillardement aujourd'hui plus d'un siècle sur ses épaules et que dirige alors son fondateur Miquel, les *Archives générales de Médecine* de Raige-Delorme ? Tous ont de l'intérêt pour nous présentement encore et les lire à cent ans de distance est plein d'enseignement.

Leur intérêt est fait en grande partie de la haute compétence des directeurs et des rédacteurs, de leur talent d'écrivains et de la façon dont ils comprennent leur rôle. Ce ne sont pas seulement des informateurs, ce sont des critiques. Il faut lire dans la plupart de ces journaux les comptes-rendus des Académies, si vivants, si colorés, si différents de ce dont nous avons pris malheureusement l'habitude. Ici, pas de résumés, pas de « petits papiers » donnés par les auteurs de communications, ces petits papiers qui ont tout bonnement tué le journalisme médical et scientifique. Les débats sont rapportés tout au long, leurs incidents ne sont pas passés sous silence et le rédacteur n'hésite pas, serait-ce dans un feuilleton à part, à juger de la valeur du travail discuté, à critiquer l'intervention de tel ou tel académicien. Il en est de même pour les concours de la Faculté ; les mémoires des candidats sont longuement résumés, appréciés et jugés et quand un concours ou une discussion académique donne lieu à des incidents (on a vu que ceux-ci étaient parfois très sérieux), le journal se jette dans la bataille sans souci des horions qu'il peut recevoir.

Car il y a des horions qui prennent le plus souvent la forme de procès. Nous nous occuperons d'eux par la suite.

Henri BOUQUET.

nières années du XVe siècle, Paris en produisant environ le double.

L'industrie typographique prenait donc d'emblée chez nous un développement remarquable, qui devait encore s'accentuer ensuite, si bien que Péricaud a pu écrire que cette industrie a été pour notre cité aussi avantageuse que celle de la fabrication des étoffes de soie, l'une et l'autre datant pour Lyon à peu près de la même époque.

Si nous envisageons plus spécialement les incunables médicaux, nous devons souligner tout d'abord, avec Claudin, que les livres de sciences s'imprimaient alors surtout à Lyon.

« A Paris, pendant tout le XVe siècle, c'est à peine si on a imprimé un Petit et un Grand herbier, deux ou trois éditions de l'Ecole de Salerne, le Traité sur les vins d'Arnaud-de-Villeneuve et un régime de santé pour les vieillards, le tout en latin. A Lyon, au contraire, en raison du voisinage de l'Ecole de médecine de Montpellier, de celles de l'Italie et des fréquentes épidémies qui se déclaraient, les livres de médecine étaient de bon débit. Ils l'étaient d'autant mieux qu'un assez grand nombre furent publiés en langue vulgaire. C'est là un fait de grande importance. Nos médecins, nos imprimeurs, nos libraires rendaient ainsi la science plus accessible, et permettaient notamment aux chirurgiens-barbiers qui ignoraient le latin, de remonter aux sources du savoir et d'augmenter leurs connaissances ».

Cela ne se fit pas sans lutte, et c'est ainsi qu'en 1495, la Faculté de médecine de Paris tenta de s'opposer à ces publications médicales en Français (Wickersheimer).

A Lyon, le nombre des incunables médicaux imprimés en langue vulgaire fut important. Sur les soixante-seize ouvrages que nous avons pu grouper dans le catalogue que nous avons établi pour cette étude, vingt-cinq sont en français, notamment la *Chirurgie*, de Guy de Chauliac, celle de Lanfranc, celle de Guillaume de Salicet, le *Lys de la Médecine*, de Bernard de Gordon, le Livre d'Aldebrandin *Pour la santé du corps garder*, le *Traité des Eaux artificielles*, etc.....

Toutes les éditions françaises, au XVe siècle, du célèbre *Guidon de chirurgie*, de Guy de Chauliac sont datées de Lyon. Il est juste de remarquer que l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne ont eu, comme nous au XVe siècle, des ouvrages médicaux imprimés dans leurs idiomes nationaux.

Malgré la remarquable floraison d'incunables médicaux qui ont vu le jour à Lyon, les exemplaires qui nous sont restés sont très rares. On ignore quel était le chiffre du tirage de chaque édition. Il était sans doute variable selon l'importance et l'utilité du livre. En tout cas, certains ouvrages ne sont plus représentés que par quelques exemplaires, et même un seul exemplaire comme la première édition du *Guidon de chirurgie*, de Guy de Chauliac, imprimée chez Barthélemy Buyer, que l'on trouve uniquement à la Bibliothèque nationale. Il y a plus fort : le *Traité des Eaux artificielles*, dû à Guillaume Leroy (1485), vu et décrit par du Verdier au XVIe siècle, n'a plus été retrouvé depuis lors.

Les incunables, et notamment ceux que nous envisageons ici, constituent donc des pièces bibliophiliques très précieuses et se trouvent plus spécialement dans les bibliothèques publiques.

Nous devons signaler que la bibliothèque de la ville de Lyon et aussi celle de l'Académie de Lyon en possèdent un nombre important, dont Mlle Pellechet a établi le catalogue en 1893. Certains collectionneurs ont réussi à grouper des incunables précieux. A Lyon et dans la région lyonnaise, nous ne saurions passer sous silence les noms d'Adamoli, Coste, Yemenis, Desq, Cailhava, La Roche Lacarelle, J. Renard, Baudrier, pour ne citer que les disparus.

D'une façon générale, une étude sur les incunables se heurte à une grosse difficulté, tenant à ce qu'assez fréquemment ces ouvrages ne comportent ni nom d'imprimeur, ni indication de lieu et de date de publication. Il en est ainsi notamment pour plus de la moitié des livres que nous envisageons dans cette étude.

Leur identification est donc très délicate et soulève des discussions entre les bibliographes les plus compétents. La connaissance des caractères d'imprimerie utilisés dans les divers ateliers et parfois les figures qui illustrent les ouvrages, permettent cependant souvent d'attribuer ceux-ci à telle ou telle ville, à tel ou tel typographe, et de les situer à une date au moins approximative.

Ce travail a été poursuivi dans divers pays depuis Panzer, à la fin du XVIIIe siècle, par toute une série de chercheurs, Hain, Copinger, Proctor, Reichling, Mlle Pellechet, Polain, Claudin, etc...

D'après les catalogues ainsi édifiés ou encore en cours de publications, nous avons établi notre liste d'incunables médicaux lyonnais. C'est une liste sans doute provisoire, car il y a lieu de présumer que certains seront un jour exhumés de bibliothèques publiques où ils sont enfouis depuis longtemps, ou sortiront de bibliothèques privées où ils sont conservés jalousement, et que d'autres, dont l'identification est encore incertaine, seront attribués définitivement à Lyon.

Ces notions générales étaient utiles avant d'entrer plus avant dans notre étude. Nous exposerons d'abord les principaux ouvrages médicaux parus à Lyon au XVe siècle, en indiquant leurs auteurs et surtout en cherchant à donner un aperçu de la science médicale à cette époque, telle qu'elle ressort de ces publications. Ensuite, nous envisagerons les traducteurs, commentateurs et correcteurs qui ont apporté leur contribution à celles-ci, et enfin les typographes principaux qui les ont signés ou auxquels on doit les attribuer.

***

La liste des ouvrages d'ordre médical certainement imprimés à Lyon au XVe siècle ou attribués à Lyon avec les raisons les plus plausibles, s'élève, disions-nous, dans le catalogue que nous avons établi, à 76. Mais il faut remarquer d'emblée que, dans ce chiffre, sont comprises les éditions souvent multiples d'un même texte : ainsi, nous relevons dix éditions du *Propriétaire des choses* (dont sept en français et trois en latin, trois éditions en français), du *Guidon de la pratique en chirurgie*, de Guy de Chauliac, sept éditions du *Traité des Eaux artificielles*, deux du *Lys de la médecine*, de Bernard de Gordon, deux de la *Chirurgie pratique*, de Lanfranc, sept du *Régimen sanitatis*, deux du *Clarificatorium*, de Tournemire, et deux du *Philonium* ,de Valex de Tarente. En outre, malgré la rigueur attachée à la définition de l'Incunable, nous avons admis dans notre catalogue deux ou trois ouvrages qui, en réalité, n'ont paru en 1501 qu'après Pâques, mais que la plupart des bibliographes ont continué néanmoins à classer dans les incunables, d'autant mieux que, pour l'un au moins d'entre eux, la date de parution a prêté à discussion.

Des livres médicaux proprement dits, nous distinguerons certains ouvrages paramédicaux et d'autres partiellement médicaux.

Parmi les paramédicaux, il en est qui sont des œuvres à la fois de médecine et de philosophie, car au XVe siècle, la philosophie tenait encore une large place en médecine. Ils envisagent plus spécialement les sciences naturelles et la physiologie générale. Ils se ressentent pour la plupart de la grande influence d'Aristote et l'un d'eux, notamment, sur la complexion des hommes, est une réédition d'un fragment de l'œuvre du grand philosophe grec.

Dans les ouvrages paramédicaux, il faut classer encore, nous semble-t-il, le *Lunaire*, dont un seul exemplaire est actuellement connu, sorte de calendrier, qui fournissait aux chirurgiens-barbiers et aux médecins des renseignements qu'ils utilisaient pour connaître les influences planétaires et stellaires dont dépendait, à leur sens, le succès d'un traitement, voire d'un simple purgation ou d'une saignée.

Enfin nous ne saurions passer sous silence un ouvrage de médecine vétérinaire, contenant les *Remèdes très utiles pour guérir tous chevaux et bêtes chevalines de quelque maladie que ce soit*, et dû à Maréchal, de Lozanne, près Villefranche-sur-Saône.

Pour les ouvrages partiellement médicaux, nous n'en trouvons qu'un à citer, mais il est de grande importance, c'est celui intitulé *de Proprietatibus rerum*, titre dont les éditeurs du XVe siècle ont fait en français « le propriétaire des choses ».

De 1480 à 1500, il y en a eu dix belles éditions lyonnaises, trois en latin, sept en français. L'auteur était un moine franciscain du début du XIIIe siècle, Barthélemy, dit l'Anglais, appelé encore Glanville mais à tort, semble-t-il. L'ouvrage

constitue une sorte d'encyclopédie populaire. Il traite notamment de l'anatomie et de la physiologie du corps humain, de l'histoire naturelle, de la botanique, des maladies et de leur traitement. L'auteur s'inspire de Pline et de Galien, mais surtout de deux célèbres médecins de Salerne, Constantin l'Africain et Platcarius. De belles gravures sur bois illustrent l'ouvrage et nous initient aux usages de la vie du XVe siècle.

Nous arrivons enfin aux ouvrages médicaux proprement dits. Le chiffre de ceux-ci est d'environ deux douzaines — abstraction faite des éditions multiples de plusieurs d'entre eux —. Certains sont anonymes, tels le *Traité des Eaux artificielles* ou encore le *Régimen sanitatis* qui est en réalité une réédition du célèbre ouvrage de même nom d'un grand médecin de Salerne, Jean de Milan.

Les autres sont dûs à des auteurs dont quelques-uns appartiennent au XVe siècle, mais le plus grand nombre aux siècles précédents, les plus anciens remontant au IXe siècle. Nous comptons parmi eux trois arabes, huit français, sept italiens, un allemand, un portugais et un flamand. Il s'agit en général de personnalités très connues, souvent médecins de rois, de princes ou de papes, et notamment de papes d'Avignon. Parmi eux, il y a un assez grand nombre de clercs, et même des moines : Barthélemy l'Anglais, Jean Ganivet, de Vienne en Dauphiné. Nous allons étudier conjointement et succinctement ces auteurs et leurs œuvres. Mais il est nécessaire de jeter au préalable un coup d'œil sur les influences qui se font jour dans la littérature médicale du XVe siècle.

Par ordre chronologique, il faut signaler d'abord la médecine gréco-latine avec ses illustres représentants, en Grèce Hippocrate, et à Rome Celse et surtout Galien.

Cette tradition gréco-latine sera recueillie par la médecine arabe, qui commence à se développer au Ve siècle et sera très florissante dans les siècles suivants. Elle englobe des Arabes, des Syriens, des Persans et des Juifs. Les médecins Persans occupent dans son histoire une place éminente, notamment Rhazès et Mesué au IXe siècle et Avicenne au IXe siècle, dont nous retrouverons bientôt les noms.

Cette médecine arabe gagna peu à peu les Ecoles de l'Occident où elle sera pleinement installée au XIIIe siècle.

Mais entre temps, et dès la fin du IXe siècle, se développait en Italie, à Salerne, une école médicale qui prit une telle importance que la ville où elle siégeait fut appelée *Civitas hippocratica*. Cette école a exercé au Moyen-âge une influence considérable. Elle atteignit son apogée au XIIe siècle et poursuivit son activité jusqu'à la fin du XVe siècle. Elle diffusa dans tout l'Occident, avec les doctrines gréco-latines et arabes, les travaux de ses maîtres. En France, dans la seconde moitié du XIIe siècle, l'Université de Montpellier fut la première à se spécialiser dans l'enseignement de la médecine. La fondation de sa Faculté date véritablement de 1220. Elle précéda celle de Paris, qui ne commença réellement d'exister qu'en 1270. Elle devint rivale de Salerne. Au Moyen-âge, on n'enseigna la médecine en France qu'à Montpellier et à Paris.

Un grand nombre de médecins dont les œuvres ont été imprimées à Lyon au XVe siècle, ont été les élèves de Montpellier, y ont professé ou y ont même exercé les fonctions de chancelier. Nous pouvons citer à ce propos les noms de Jean de Tournemire et de Jean Jaeme qui furent chanceliers, et ceux d'Arnaud de Villeneuve, Bernard de Gordon et Guy de Chauliac qui y professèrent.

Nous allons maintenant jeter un rapide coup d'œil sur les principales œuvres médicales qui furent imprimées à Lyon au XVe siècle et sur leurs auteurs, en envisageant successivement la médecine générale, la thérapeutique, l'hygiène et enfin la chirurgie.

En médecine générale, nous signalerons d'abord la publication de trois traités arabes, traduits en latin et émanant de trois célèbres médecins persans : celui de Mesué qui groupe les œuvres médicales de ce maître (IXe siècle), celui de Rhazès qui porte le nom du prince auquel il est dédié, Almanzor et qui date également du IXe siècle, et enfin le *Canon* (ou règle de la médecine) d'Avicenne (XIe siècle).

L'Ecole de Salerne est plus spécialement représentée par le *Liber Pandectarum medicinæ*, ouvrage d'un de ses maîtres Mathoeus Sylvaticus qui écrivit cette compilation au début du XIVe siècle, et par le poème *Sur les urines et le pouls*, dû à un Français, élève de cette Ecole au début du XIIIe siècle, Gilles de Corbeil, qui enseigna ensuite à Paris et y devint médecin de Philippe-Auguste et chanoine de Notre-Dame.

Enfin, toujours dans le domaine de la médecine générale, nous signalerons quatre livres qui sont une émanation de l'Ecole de Montpellier : *La Pratique ou Fleur de Lys en médecine* de Bernard de Gordon qui fut maître régent de cette Faculté au début du XIVe siècle, le *Traité des Fièvres* et l'*Introduction à la pratique médicale* de Jean de Tournemire qui fut chancelier de celle-ci, et enfin la *Pratique ou Philonium* de Valesc de Tharente qui y avait étudié (début du XVe siècle).

Ces ouvrages contiennent nombre d'observations et de descriptions exactes, mais dans tous néanmoins la science médicale apparaît encore assez sommaire : l'anatomie est celle de Galien, la physiologie est dans l'enfance, la médecine est régie par la conception des humeurs. Le médecin examine le pouls, le sang, la salive et surtout les urines.

Dans l'iconographie de l'époque, on trouve reproduite parfois la scène d'une consultation : le médecin tient à la main et regarde un bocal contenant l'urine.

La thérapeutique comporte beaucoup de saignées, des ventouses, des purgations, des clystères, des sangsues, des cautères, des sétons. Les remèdes sont le plus souvent d'une formule complexe, répondant à ce que nous appelons polypharmacie. Ces remèdes sont surtout tirés du règne végétal.

A Lyon paraissent au XVe siècle, sept éditions d'un *Traité des eaux artificielles ou de la vertu des eaux et des herbes.* Ce petit livret, qui connut un succès considérable jusqu'au milieu du XVIe siècle, était inspiré du célèbre traité de matière médicale et de thérapeutique d'un professeur Salernitain du XIIe siècle, Matheus Platearius, intitulé *Liber de Simplici Medicina*, désigné encore par les deux premiers mots du prologue *Circa instans.* Outre les vertus des eaux et des herbes, on y trouve plusieurs bons remèdes contre diverses graves maladies, et jusqu'à des recettes de beauté, utilisables notamment par les femmes « pour complaire et sembler plus belles à leurs maris et plus jeunes, et pour les garder d'aller en fornicacion et adultère ».

Un autre traité de matière médicale fut également imprimé à Lyon au XVe siècle, c'est le *Dispensarium ad aromatorios* de Nicole Prévost.

C'était un recueil de recettes et un véritable formulaire à l'usage des médecins et des apothicaires. Rappelons que le formulaire le plus anciennement connu est celui composé à Salerne au début du XIIe siècle et appelé *Antidotaire Nicolas.*

Il ne faudrait pas croire que les remèdes chimiques étaient inconnus de nos ancêtres. Les Arabes s'en étaient occupés. Rhazès le premier, au IXe siècle, parla de l'alcool ; il utilisa les onguents mercuriels ; il connut le borax et le salpêtre. Au XIe siécle, dans son gros ouvrage, intitulé *Le Canon de la Médecine*, Avicenne parlait aussi de remèdes chimiques.

Chaque médecin arabe était doublé d'un alchimiste et l'Ecole Arabe a suscité l'alchimie qui a passionné le Moyen-âge et la Renaissance, en Orient et en Occident.

Les alchimistes furent les premiers expérimentateurs ; de leurs essais informes est sortie l'expérience raisonnée que prônait au XIIIe siècle Roger Bacon.

L'idée maîtresse qui les dirigeait, quand ils cherchaient à transformer le plomb en or, ne se trouve-t-elle pas justifiée, comme l'écrivait récemment Louis de Broglie, par les progrès de la physique nucléaire montrant la possibilité de transformer un corps simple en un autre ?

Mais dans la thérapeutique du Moyen-âge, à la physiothérapie et à la chimiothérapie étaient adjointes un grand nombre de recettes de bonnes femmes.

Par exemple, dans le *Propriétaire des choses*, Barthélemy l'Anglais préconise contre les insomnies, outre les onctions sur le chef de jus de laitue et de pavot, les applications sur la tête de poumons de porc ou de brebis, et contre l'épilepsie l'ingestion d'œufs de corbeaux. Sur le bubon pesteux, Jacme préconise de mettre une sangsue ou une limace vivante ou le cul d'un coq tout vif.

La thérapeutique utilisait aussi les forces spirituelles, exorcismes par exemple, cérémonies religieuses et surtout invocations adressées aux saints guérisseurs, certains saints étant spécialisés pour la guérison de telle ou telle maladie, à laquelle leur nom était parfois même attaché.

Nous serions incomplet si nous n'indiquions pas l'importance accordée à l'astrologie. On connaît au XVe siècle une série de médecins lyonnais qui étaient de bons astrologues : Simon de Pharès, Simon de Paire, Gonzalve de Tolède, Jean Thibault.

Guy de Chauliac, dans son *Traité de chirurgie*, fait une large place à l'astrologie : la saignée était redoutable quand elle coïncidait avec le signe du cancer, elle était excellente quand elle se rencontrait avec celui de la balance. Il convenait aussi de tenir compte des vents. Les purgations ne demandaient pas moins de précautions.

Bernard de Gordon, dans son *Lys de la médecine*, croyait aussi à l'astrologie. A ses yeux, les maladies aiguës étaient gouvernées par la lune et les chroniques par le soleil. Il indique les jours lunaires favorables ou contraires.

Trechsel imprimait à Lyon en 1496 le livre composé au début du XVe siècle par un franciscain de Vienne, en Dauphiné, Jean Ganivet, intitulé *Amicus medicorum*, et qui était avant tout un traité d'astrologie. Celui-ci était suivi d'un opuscule d'un juif du XIIe siècle, Abraham ben Ezra, sur les jours critiques.

Toute cette ancienne astrologie qui avait dégénéré en un art divinatoire réservé aux charlatans, nous revient aujourd'hui sous le nom de cosmobiologie (Pierre Winter).

L'hygiène était assez élémentaire au XVe siècle. Nous trouvons cependant à Lyon vers 1480, un traité pour la conservation de la santé du corps humain, écrit à la requête du roi de France et cela directement en français, par un célèbre médecin italien de la fin du XIIIe siècle, Aldebrandin. Ce traité a eu, en 1911, les honneurs d'une réédition dûe à Landouzy et Pépin.

Le *Regimen sanitatis Salernitanum*, qui est un recueil de principes d'hygiène et de diététique, connaît sept éditions à Lyon dans les dix dernières années du siècle.

On trouve également quelques principes d'hygiène dans un opuscule que Jean Jaeme, chancelier de l'Université de Montpellier au XIVe siècle, écrivit après la terrible peste noire de 1348, sur *Le régime de l'épidémie et remèdes contre icelle*. Il s'agit de la peste qui, on le sait, décima fréquemment les populations au Moyen-âge, et provoqua une telle floraison de publications que l'index bibliographique qu'en ont dressé Klebs et Droz comporte cent trente numéros. Jacme recommande notamment de se laver souvent les mains, d'aérer fréquemment les maisons et de les désinfecter.

C'est sous la forme d'un poème que Jaeme consigne ses conseils de traitement et d'hygiène, à l'imitation de l'Ecole de Salerne dont le *Regimen sanitatis* était également en vers, et de Gilles de Corbeil dont le *Traité des Urines et du pouls* constituait également un poème. Le Moyen-âge a paru affectionner ce mode de présentation de certains ouvrages scientifiques, dont on donnait publiquement lecture dans les écoles.

Nous en arrivons enfin à la chirurgie qui a été l'objet de trois publications importantes à Lyon : les traités de Guillaume de Salicet, de Lanfranc et de Guy de Chauliac.

L'ouvrage de Guillaume de Salicet, chirurgien italien du XIIIe siècle, fut imprimé à Lyon au XVe siècle, d'après la traduction française de Nicole Prévost.

Salicet fut le maître de Lanfranc de Milan, qui, banni de sa patrie, et avant de se rendre à Paris, exerça à Lyon où il composa sa chirurgie pratique. Celle-ci, traduite en français par Guillaume Yvoire, médecin exerçant à Lyon, eut dans notre ville deux éditions vers la fin du XVe siècle. On y trouve de bonnes descriptions opératoires et le fruit d'une longue expérience. Lanfranc a beaucoup emprunté à son maître Guillaume de Salicet, sans jamais le citer, ce qui était assez commun à l'époque. Guy de Chauliac lui a reproché, peut-être un peu sévèrement, « de n'avoir mis (dans son ouvrage), guère de choses que celles qu'il avait prises de Guillaume (de Salicet) ; toutefois, il les a changées d'ordre ».

Il convient de s'arrêter un peu plus longuement sur l'œuvre de Guy de Chauliac. Celui-ci, né dans le Gevaudan à la fin du XIIIe siècle, étudia à Montpellier, vint à Avignon où il fut médecin de trois papes et vint enfin à Lyon où il mourut. Sa grande chirurgie eut un immense succès et fut utilisée jusqu'au XVIIe siècle. Terminé en 1363 à Avignon, cet ouvrage où se trouve condensée l'expérience de l'auteur, fut écrit par lui, « pour le soulas de sa vieillesse et pour exercer son esprit ». Jamais, dit le Professeur Forgue, la chirurgie n'avait été exposée avec autant d'ordre, de clarté, de connaissances théoriques et pratiques — et Malgaigne a pu écrire que : « Hippocrate seul excepté, il n'est pas un seul traité de chirurgie, grec, latin ou arabe, que je mette au-dessus ou même au niveau de ce magnifique ouvrage ».

Ce livre est divisé en sept traités dont cinq sont consacrés à la chirurgie. Traduit en français par Nicolas Panis, médecin de Lyon, il parut dans notre ville au XVe siècle en trois éditions, dont la première est réduite au seul exemplaire possédé par la bibliothèque nationale. On y trouve la description de toute une série d'interventions. Le pansement des plaies qu'il préconise est déjà antiseptique : vin pur ou infusé avec des aromates, un onguent fait de poudre d'encens avec térébenthine lavée.

La chirurgie de Guy de Chauliac a été rééditée à Paris en 1890 par Nicaise.

Bien que nous n'ayons jeté qu'un coup d'œil rapide sur les principaux ouvrages médicaux imprimés à Lyon au XVe siècle, on voit quel fut l'intérêt et l'importance dans le domaine scientifique, de l'effort accompli, en moins de trente ans, dans notre cité.

A cette floraison collaborèrent toute une série de traducteurs, commentateurs et correcteurs.

En tête, il convient de placer trois médecins qui traduisirent en français, pour le plus grand bien des barbiers-chirurgiens qui ignoraient le latin, les trois traités de chirurgie dont nous venons de parler.

C'est Nicolas Panis, originaire de Carentan, qui traduisit et adapta le *Guidon* de Guy de Chauliac, Guillaume Yvoire, qui fit le même travail pour la *Chirurgie* de Lanfranc, et Nicole Prévost pour l'ouvrage de Guillaume de Salicet. Les deux premiers exerçaient à Lyon vers la fin du XVe siècle.

Le livre *de Proprietatibus rerum* fut traduit du latin par un moine de l'ordre des frères mineurs, Jean Corbichon, chapelain du roi Charles-V, et cette traduction fut revue par un moine du Couvent des Augustins de Lyon, Pierre Farget.

Les trois gros traités des médecins Arabes, Mesué, Rhazès et Avicenne, furent revus, corrigés et commentés, le premier par un médecin exerçant à Lyon, mais originaire d'Evreux, Jean Thibault, le second par le chancelier de l'Université de Montpellier, Jean de Tournemire, et le troisième par Jacques Despars, originaire de Tournai, installé à Paris, où il fut recteur de l'Université.

Il y avait à Lyon au XVe siècle, des médecins d'origine espagnole ; deux d'entre eux méritent d'être cités ici, liés l'un à l'autre par une grande amitié, Hieronymo Ferrera, qui publia le *Philonium* de Valesc de Tharente, et Gonzalve de Tolède qui fit imprimer le livre d'astrologie de Jean Ganivet, l'*Amicus medicorum*.

Nous ne saurions poursuivre cette énumération, mais il convenait de rendre hommage aux savants qui consacrèrent beaucoup de temps et d'effort pour traduire ou commenter, adapter et corriger les ouvrages médicaux qui furent imprimés à Lyon au XVe siècle.

Nous arrivons au dernier chapitre de notre travail, celui relatif aux artisans à qui nous sommes redevables des incunables lyonnais. Il convient tout d'abord de bien souligner que ces derniers constituent de magnifiques ouvrages, admirablement édités, fréquemment enrichis de gravures sur bois remarquables et souvent de beaux titres xylographiés.

Aussi n'est-on pas surpris que le poète Pierre Grosnet, passant à Lyon à cette époque, ait terminé par ces deux vers son blason à la louange de notre cité :

Dedans Lyon sont en grant quantité
Livres moult beaux pour garder vérité.

Il semble bien, jusqu'à nouvel ordre, que le premier éditeur lyonnais ait été Barthélemy Buyer, malgré l'opinion contraire, émise, sans preuves certaines d'ailleurs, par quelques bibliographes.

Le premier livre connu sorti des presses lyonnaises, le *Compendium breve* du cardinal Lothaire, parut le 17 septembre 1473. Il fut imprimé par Guillaume Le Roy pour Barthélemy Buyer. Celui-ci était un riche citoyen de Lyon qui s'était fortement intéressé à l'invention de Guttenberg et installa dans sa maison, rue Saint-Côme, un atelier où Guillaume Le Roy, originaire du pays de Liège, imprima les premiers incunables lyonnais, notamment le *Compendium* de Lothaire en 1473, et le premier livre en français, une *Légende dorée* en 1476. Plusieurs incunables médicaux lui sont attribuables et notamment la première édition de la *Chirurgie* de Guy de Chauliac. Buyer fit travailler d'autres typographes que Le Roy ? Fut-il un simple mécène, un bailleur de fonds ? A en croire notre compatriote Charles Perrat, qui lui a consacré un important travail, ce fut en réalité un libraire vendant les livres qu'il faisait imprimer, non seulement à Lyon, mais à Avignon, à Toulouse et même à Paris. En tout cas, Barthélemy Buyer fut l'introducteur de l'imprimerie à Lyon. Mort en 1483, il fut enterré dans la chapelle Saint-François-de-Sales de l'Eglise Saint-Nizier, où existe la plaque commémorative de sa sépulture.

Si nous avons insisté quelque peu sur Buyer, c'est qu'il fut, avec la collaboration de Guillaume Le Roy, le chef de file. Mais très rapidement s'installèrent à Lyon un grand nombre de typographes. Le total de ceux-ci, au XV[e] siècle, dépasse la cinquantaine, Paris en comptant plus de 80 pour la même période.

Beaucoup de nos typographes venaient de l'étranger et notamment d'Allemagne.

D'après Claudin, sur cinquante-trois imprimeurs connus, ayant exercé à Lyon au XV[e] siècle, vingt seulement étaient français, trente environ étaient étrangers dont vingt ou vingt-deux originaires d'Allemagne, cinq venus d'Italie, un d'Espagne et un du pays de Liège.

Beaucoup de typographes étaient alors ambulants, allaient de ville en ville, s'installaient pour un temps limité, revenaient parfois dans une ville où ils avaient précédemment exercé. Ils emportaient le plus souvent avec eux leur presse, leurs poinçons, leurs matrices, les bois qu'ils avaient gravés ou fait graver et même leur papier. Entre eux, ils effectuaient souvent des échanges ou des prêts de matériel. D'où les difficultés d'identification des livres qu'ils n'ont pas signés, ce qui était fréquent.

Ces typographes travaillaient pour tel ou tel libraire. Ils avaient sous leurs ordres quelques ouvriers. Ils étaient loin de s'enrichir toujours. La plupart étaient pauvres, comme en témoignent les réductions ou remises d'impôts qui leur étaient parfois consenties. Certains se marièrent à Lyon, épousant des filles de commerçants : bouchers, pelletiers, poissonniers... Dans l'ensemble, ils se plaisaient à Lyon. Jean Trechsel, dans un de ses livres, proclamait que c'était « partium Franciæ urbs amoenissima », et Nicolas Philippi et Marc Reinhardt, que c'était « Franciae urbs prestantissima ».

Nous nous limitons, ici, aux typographes auxquels nous sommes redevables des incunables médicaux. Nous avons déjà signalé Guillaume Le Roy qui, soit avec Buyer, soit seul, a imprimé des livres remarquables. Nous ne pouvons ici citer tous ses confrères. Nous nous bornerons à indiquer les plus importants.

Nicolas Philippi, dit Pistoris et Marc Reinhardt, Martin Husz, Jean Syber, tous originaires d'Allemagne, furent patronnés par Buyer.

Aux premiers, nous devons la première édition lyonnaise du *de Proprietatibus rerum* du moine Barthélemy l'Anglais.

A Martin Husz, qui fut, en France, le premier imprimeur d'un livre illustré en 1478 *le Miroir de la Rédemption de l'humain lignage*, nous devons les œuvres de Mesué et les *Pandectes de la Médecine*, de Mathoeus Sylvaticus, tous deux effectués avec la collaboration de Jean Syber.

Mathieu Husz, proche parent du précédent et qui lui succéda, a imprimé, entre autres beaux ouvrages, plusieurs éditions du *Propriétaire des choses*, la *Chirurgie* de Guillaume de Salicet, une des éditions du *Philonium* de Valesc de Tharente.

A Jean Trechsel, également l'un des plus célèbres typographes lyonnais du XV[e] siècle, on doit attribuer le *Canon* d'Avicenne, l'*Almanzor* de Rhazès, une des éditions du *Philonium* de Valesc de Tharente et l'*Amicus medicorum* de Ganivet.

Ce Trechsel, originaire d'Allemagne, comme tous les précédents, ouvrier de Nicolas Philippi, épousa sa veuve et lui succéda. Trechsel eût comme correcteur ou directeur littéraire de son imprimerie, un humaniste distingué Jossé Badius ou Bade, originaire de Belgique, qui épousa sa fille, Thalie, et devint son associé, avant d'aller s'installer à Paris en 1510. De cette union naquirent cinq enfants, dont deux fils imprimeurs et trois filles qui épousèrent des imprimeurs célèbres du XVI[e] siècle, Robert Estienne, Michel de Vascosan et Jean de Roigny. Il était intéressant de signaler en passant cette remarquable famille de typographes.

Jusqu'ici, nous n'avons cité que des imprimeurs d'origine étrangère. Les Français ne sont, certes, pas à dédaigner.

C'est ainsi que Jehan de La Fontaine publia en 1490 une bonne édition de la *Chirurgie* de Lanfranc.

Les imprimeurs connurent de bonne heure la nécessité de se faire protéger contre les contrefacteurs sans scrupule. Trechsel sollicita et obtint du roi Charles VIII, par l'intermédiaire du savant Lascaris, un privilège en bonne et dûe forme pour l'impression du *Canon* d'Avicenne. C'est le premier exemple d'une protection de ce genre accordée à un imprimeur en France.

Ce que nous venons de dire nous paraît suffire pour montrer que, dès le berceau de l'imprimerie, Lyon a édité de nombreux et beaux ouvrages dans le domaine médical comme dans les autres domaines, et que nos ancêtres du XV[e] siècle méritent qu'on se penche sur leur œuvre et qu'on exalte leur effort, non seulement avec sympathie, mais encore avec une admiration très justifiée (1).

COURS ET CONFÉRENCES

Les Régimes alimentaires adaptés aux circonstances actuelles

Le déficit énergétique dans la ration alimentaire des travailleurs de force

Ampleur - Conséquences - Solutions

Par le Docteur **Marcel PERRAULT**,
Médecin des hôpitaux de Paris

Nous n'envisagerons ici que le côté énergétique de la question, négligeant malgré leur grande importance les déficits possibles en matières minérales et en vitamines.

Aussi bien le problème est-il d'abord un problème énergétique, surtout chez les travailleurs de force. Nous nous proposons de montrer combien chez eux le déficit est considérable, ce qui explique les conséquences catastrophiques enregistrées, et quelles solutions on peut envisager pour remédier à la situation actuelle.

***

Pour fixer les idées, on peut admettre, *en adoptant des chiffres plutôt bas*, et concernant une semaine de 40 heures de tra-

(1) Nous publierons ultérieurement le catalogue complet des incunables médicaux étudiés dans cet article.

vail, que le strict minimum requis de l'apport quotidien alimentaire en calories est de :

Adulte normal se livrant à un travail musculaire modéré (c'est la catégorie A des cartes de rationnement)	2.400 calories
Travailleur de force, 1re catégorie	3 200 »
Travailleur de force, 2e catégorie	4 000 »

Il convient de remarquer qu'il s'agit là de *calories nettes*, c'est-à-dire sûrement utilisables.

Or, que fournit le rationnement officiel ? En avril 1942, en *calories brutes* (c'est-à-dire à diminuer de 15 à 20 % pour obtenir le chiffre utilisable) :

pour la carte A :

environ 1.250 calories pour les aliments de base ;
plus 100 calories pour l'alcool du vin ;

pour la carte T. F. 1 :

environ 1.550 calories pour les aliments de base ;
plus 200 calories pour l'alcool du vin ;

pour la carte T. F. 2 :

environ 1.650 calories pour les aliments de base ;
plus 300 calories pour l'alcool du vin.

Donc, sans même tenir compte des déchets de cuisine et d'assiette, ni du pourcentage de l'indigéré, on voit que le déficit est de l'ordre de :

1.000 à 1.200 calories, soit environ 50 % pour le sujet standard (carte A) ;

1.500 à 1.700 calories : soit environ 50 % pour le travailleur de force n° 1 ;

2.100 à 2.400 calories : soit environ 60 % pour les travailleurs de force n° 2.

Si le sujet ne peut combler ce déficit par l'apport alimentaire, il utilise ses réserves de graisse d'abord, puis consomme son propre tissu musculaire. Il n'est pas besoin d'insister sur ce que la situation présente alors de catastrophique.

Dans la fourniture des calories nécessaire, les aliments peuvent théoriquement se remplacer du point de vue énergétique les uns les autres (théorie de l'isodynamie) selon le schéma bien connu :

un gramme de protide apporte environ 4 calories
un gramme de glucide apporte environ 4 calories
un gramme de lipide apporte environ 9 calories

Mais cela n'est vrai que dans certaines limites : *le travail musculaire consomme essentiellement des glucides* ; et surtout un *minimum* de chacun des trois aliments énergétiques est nécessaire, et strictement nécessaire.

On admet qu'il convient d'assurer à l'organisme chaque jour (pour un adulte de 70 kilogrammes) au minimum :

— 70 grammes de protides dont 30 grammes d'origine animale ;

— 40 grammes de lipides dont la moitié d'origine animale.

Le minimum de protides doit couvrir, d'une part, la dépense inéluctable d'azote, et d'autre part, *apporter à l'organisme les acides aminés indispensables dont celui-ci ne peut faire la synthèse.*

Ces acides aminés indispensables sont beaucoup plus présents dans les aliments d'origine animale que dans ceux d'origine végétale, ce qui explique la nécessité des protides animaux.

Les graisses animales apportent la vitamine A indispensable. Certains acides gras dont l'organisme ne peut faire la synthèse, mais qui lui sont nécessaires (acides linoléiques, arachidiques...) sont apportés, soit par certains lipides animaux, (mais *pas le beurre*) comme le lard, soit par certains lipides végétaux comme l'huile d'arachide.

Ainsi nous apparaissent les notions essentielles de *qualité et spécificité* alimentaires et aussi d'*équilibre* entre les divers constituants de la ration.

Néanmoins, le problème énergétique demeure au premier plan, sous la réserve d'assurer, par un régime aussi varié que possible, et aussi physiologique que possible, les apports minima qualitatifs indispensables et de respecter au mieux les équilibres alimentaires optima.

Or, si l'on fait le calcul sur les aliments contingentés de la ration officielle, on voit que pour les protides le déficit est quotidiennement de :

— adulte standard (carte A)	protides végétaux	10	grammes
	protides animaux	24	»
— travailleur de force n° 1	protides végétaux	4	—
	protides animaux	21	»
— travailleur de force n° 2	protides végétaux	4	»
	protides animaux	18	»

Pour les lipides, le déficit est de :

— adulte standard (carte A)	20	grammes
— travailleur de force n° 1	9	grammes
— travailleur de force n° 2	0	»

Il faut bien souligner qu'il s'agit là de chiffres très bas correspondant à ceux qui paraissent acceptables au pis aller. En effet, le régime risque d'être déséquilibré au profit des glucides puisqu'il faut alors pour assurer l'apport énergétique désirable (en plus des glucides contenus dans la ration officielle) :

— pour l'adulte standard environ 250 grammes de glucides ;

— pour le travailleur de force n° 1 environ 350 grammes de glucides ;

— pour le travailleur de force n° 2 environ 550 grammes de glucides.

Ainsi, s'il nous faut trouver à compléter la ration en protides, en lipides, en glucides, *on ne saurait trop souligner que c'est dans le dernier secteur que le problème se pose avec le plus d'acuité.*

Il n'y a pas lieu de chercher à combler le déficit en *protides végétaux.* Il le sera LARGEMENT si une importante consommation végétale (légumes frais et surtout légumineuses) est assurée.

Les protides d'origine animale peuvent être trouvés de la façon suivante : en cherchant à assurer 25 grammes supplémentaires par la consommation de l'un des aliments suivant (ou, bien entendu, d'une combinaison de plusieurs d'entre eux) :

Œufs	quatre
Lait écrémé	800 grammes
Lapin	180 grammes
Poisson frais	200 grammes
Poisson salé	100 grammes
Morue salée sèche	50 grammes
Boudin	150 grammes
Fromage maigre	150 grammes
Caséine	35 grammes
Coquillages	700 grammes
Farine de tourteau d'arachide déshuilé	45 grammes

Les *lipides* sont, on le sait, difficiles à trouver en dehors du beurre, du lard (lipides d'origine animale) ou des huiles d'olive, d'arachide..... (lipides d'origine animale) tous aliments assez étroitement contingentés.

Mais on peut compter que déjà concurremment à l'apport des protides animales, on a fourni de surplus un certain nombre de grammes de lipides, surtout si l'on s'est attaché à ne rien perdre et à bien récupérer les graisses périviscérales et la moelle osseuse.

Signalons que :

— un œuf contient 6 grammes de lipides

— lapin volaille	12 %
poisson gras (thon)	15 %
poisson demi-gras (hareng, sardine)	6 %

Pour mémoire, citons :

les olives vertes contenant	10 %	de lipides ;
les *arachides*,	25 % ;	
noix, noisettes, amandes	20 %.	

Si l'on veut bien se rappeler que *théoriquement*, si l'adulte standard manque de 20 grammes de lipides par jour, ce qui est beaucoup, et qu'il ne peut pratiquement guère compenser, le travailleur de force n° 1 ne manque que de 9 grammes (que le complément de la ration protidique doit apporter en presque totalité par la graisse de constitution des aliments animaux) et le travailleur de force n° 2 est entièrement pourvu, on voit que le problème n'est pas très difficilement soluble de ce point de vue.

Il est extrêmement épineux concernant les *glucides*.

En effet, pour assurer les 350 grammes complémentaires de glucides du T. F. 1, et les 550 grammes du T. F. 2, il faudrait donner les quantités suivantes de :

	T. F. 1	T. F. 2
Sucre (à 100 %)	350 gr.	550 gr.
Riz, Macaroni, Dattes (à 75 %) (1), Pruneaux, Raisins secs	466 gr.	733 gr.
Fèves, Haricots secs, Lentilles (à 60 %) (1), Abricots secs, Confitures, Figues sèches	583 gr.	916 gr.
Pain (à 50 %) (1)	700 gr.	1.100 gr.
Marron (à 40 %) (1)	875 gr.	1.375 gr.
Pommes de terre, Topinambour, Bananes (à 20 %), Prunes, Raisins	1.750 gr.	2.750 gr.
Artichaut, Pois vert (à 15 %), Fruits frais	2.333 gr.	3.666 gr.
Carottes, Betteraves (6 à 10 %), Navets, Potirons	3.500 gr. à 5.833 gr.	5.500 à 9.666 gr.
Choux, Salade, Choux-fleurs, Concombre (de 3 à 5 %), Epinards, Haricots verts, Poireaux, Tomates, etc.	7.000 à 11.666 gr.	11.000 à 18.222 gr

On se rend facilement compte de l'impossibilité matérielle d'assurer l'apport nécessaire en recourant aux seuls légumes frais habituels.

***

On voit l'*ampleur des déficits*. Y a-t-il moyen de les réduire par des *économies de dépense énergétique* ?

Il faut s'y efforcer, mais ce n'est là qu'un palliatif peu efficace. Cependant, de nombreuses erreurs sont commises, d'ordre individuel ou collectif, et il importe de les faire cesser.

Ainsi, il faut s'efforcer :

1° *de supprimer ou de limiter au maximum les efforts physiques non liés au travail*, par exemple ceux requis :

— *par les sports* : Il est absolument stupide de demander à des organismes déjà débilités un effort supplémentaire. Si, par ailleurs, on donne des calories gaspillées par le sport , on vole littéralement la collectivité comme l'a dit Charles Richet à l'Académie de médecine dans une formule frappante : « Le sport c'est le pain des autres ».

— *par les transports* : Il faut les réduire au minimum, et en particulier supprimer l'aller et retour de la pause de midi par l'institution du repas pris à l'usine ou mieux, pour éviter les gaspillages de nourriture, par l'institution de *cantinse d'usine*.

— *par la culture des jardins ouvriers* qui répondent à une idée bucolique et apportent un surplus de légumes aux familles mais au prix de quelle fatigue pour l'ouvrier. *Tous les médecins d'usine signalent une reprise d'amaigrissement au moment de la mise en culture de ces jardins.*

2° *de diminuer les dépenses dues au travail* par suppression des efforts inutiles et entraînement convenable en sorte que chacun soit bien adapté à son poste de travail.

3° *de lutter contre les variations de température extérieure* :

— chauffage et conditionnement de l'air,
— vêtements,
— chauffage des aliments ;

4° *en ce qui concerne l'alimentation* :

— économies d'épluchage ;
— amélioration de la digestibilité des aliments ;
— cuisson convenable ;
— trituration et présentation en purées (pour faciliter la mastication souvent déficitaire) des éléments d'origine végétale) ;
— équilibration des régimes et supplémentation (comme on le pratique dans la nourriture et l'affouragement des animaux) sous la direction d'un diététicien averti.

***

Si les économies possibles sont réelles, elles ne résolvent pas la question. Comment réaliser les *apports indispensables* :

A) Les solutions individuelles sont notoirement insuffisantes et d'autant plus que l'ouvrier est plus chargé de famille, car, tous les médecins d'entreprise l'ont constaté, il a une tendance, normale mais funeste pour lui, à se priver encore au bénéfice de ses enfants :

a) *Les envois de la campagne* n'ont jamais résolu la question pour personne, sauf cas d'espèces. Leurs limites d'efficacité sont restreintes par leur faible volume même et par leur prix de revient. Ces limites se font de plus en plus sévères à mesure que les réquisitions, les taxations vexatoires, le ramassage interdit mais efficace du marché noir, la consommation animale, critiquable mais certaine, prélèvent davantage.

b) *Le marché noir* offre, paraît-il, tout ce qui est nécessaire et même superflu ; mais, outre qu'il est illicite, ses prix sont prohibitifs. Il est néanmoins certain que lui seul a permis aux Français de toutes catégories de survivre, même misérablement ;

c) *Le restaurant*, en raison de son prix, n'est accessible qu'aux célibataires ;

d) *Le marché officiel libre* est pratiquement inexistant. On ne trouve que des légumes verts (par moments) et quelques fruits de temps à autre. On ne peut que rappeler le scandale du rutabaga qui ne saurait passer pour un aliment de choix.

On a bien parlé d'*aliments de remplacement*. Mais qui peut se vanter de les trouver facilement ?

En ce qui concerne :

— les protides : *la caséine* a disparu au profit des industries des colles et de la laine artificielle ; *le tourteau et les céréales secondaires* ont été pris partie pour la nourriture des animaux,

(1) Nombre de ces aliments contiennent également des protides (par exemple 22 % pour les haricots, 8 % pour le pain) qui interviendront, gramme par gramme, pour diminuer d'autant la ration nécessaire en glucides.

partie pour la confection de pâtisseries vendues à des prix astronomiques ;

— *les lipides* : il n'y a strictement rien ;

— *les glucides* : *l'extrait de malt*, très bon, a disparu ; le *sucre de raisin* est contingenté ; le *miel* est introuvable, bien qu'à prix d'or.

B) Les solutions collectives.

a) *Les jardins ouvriers individuels et collectifs* sont une mauvaise solution si l'ouvrier doit fournir un supplément d'effort non compensable actuellement. Ils peuvent, néanmoins, si on se borne à des cultures faciles et d'appoint (légumes verts, condiments) offrir un certain intérêt.

b) *Les coopératives d'achats* peuvent donner de bons résultats. Il est évident qu'elles ne peuvent fonctionner que si on leur accorde certaines facilités. Il conviendrait de surveiller l'activité de ces organismes et de réduire leurs transactions à ce qui est *véritablement utile*, de façon à éviter qu'à l'instar d'autres organismes à façade philanthropique elles deviennent de nouvelles causes de disette pour l'ensemble de la population.

c) *Les cantines d'usine* constituent une excellente solution à condition que la nourriture qu'on y dispense soit scientifiquement adaptée à ses fins. Pour ceci, il faut que le gérant de ces cantines ait un minimum de connaissances concernant les régimes nécessaires quantitativement (calories) et qualitativement (équilibres alimentaires, vitamines). Il semble indiqué que le médecin de l'entreprise ait un droit de regard et de conseil sur l'établissement des menus.

Il faut, de toute évidence, que les quantités d'aliments allouées à ces cantines soient suffisantes.

C'est une question de vie ou de mort, pour eux d'abord, pour l'industrie et la collectivité ensuite, que de nourrir convenablement les ouvriers, c'est-à-dire de leur assurer le minimum indispensable.

Nous avons vu que le problème n'est pas tant de leur procurer de la viande, de la graisse, du vin, que des *aliments riches en glucides*.

Il devrait être possible de combler : *un quart à un tiers du déficit avec du pain*, aliment remarquable qui apporte 250 calories par 100 grammes et contient, outre son amidon, des protides, des sels minéraux, de la vitamine B1. Cela conduirait à allouer, au lieu de 350 grammes, 600 grammes par jour aux T. F. 1, 750 grammes aux T. F. 2. En tout cas, 500 grammes et 675 grammes seraient désirables.

Un second tiers par le sucre, les pâtes, les légumes secs, les confitures.

Le dernier tiers serait comblé par les pommes de terre pour moitié (300 grammes pour les T. F. 1, 500 pour les T. F. 2 suffiraient alors) et par les légumes verts et fruits (il faudrait encore 700 grammes pour les T. F. 1, 1.000 pour les T. F. 2 en carottes, ou 1.200 et 2.000 en épinards).

***

Bien entendu, la solution réelle et définitive des difficultés actuelles ne peut être obtenue que par une organisation sur le plan national qu'il ne nous appartient pas d'indiquer et que les circonstances actuelles rendent difficilement réalisable.

Dans la délicate tâche de nourrir au mieux dès maintenant chacun selon ses mérites, il faut pourtant tenir compte du fait que les ouvriers à qui on demande un dur labeur, et sur lequel repose pour une part si importante la vie même du pays, doivent être non pas favorisés mais justement pourvus.

En effet, la situation est tragique. De rapports concordants, émanés d'industries variées, de régions différentes, ressortent, les faits suivants :

— amaigrissements massifs, de l'ordre de 20 % en moyenne et individuels signalés jusqu'à 40 % et plus ;
— asthénie, fatigabilité, vertiges ;
— hypotension ;
— œdèmes et ostéopathies de famine ;
— recrudescence de tuberculose, souvent grave ;
— augmentation des cas de maladies ;
— troubles psychiques de carence ;
— morts subites inexpliquées par ailleurs.

Au point de vue du *rendement*, on note une baisse accusée et enfin une *augmentation considérable du nombre des accidents*.

***

A cette situation, il faut remédier d'urgence.

Les économies réalisables sont réelles mais d'importance médiocre en regard du déficit à combler.

Ce déficit porte essentiellement sur les glucides. L'alimentation par légumes non contingentés est absolument incapable de le combler. On ne peut donner vingt kilos par jour de haricots verts à un travailleur ou dix kilos de betterave.

Il faut de toute nécessité et de toute urgence augmenter les rations d'aliments contingentés et en tout premier lieu du pain.

Nous avons indiqué, par ailleurs, comment on pourrait, en comblant un tiers du déficit par le pain, combler totalement le déficit tout en établissant un régime conforme aux données scientifiques du problème alimentaire (1).

Après ce texte du Docteur Perrault, sur une question d'actualité, d'une grande importance, voici le résumé des autres conférences qui, sous le titre : Régimes alimentaires adaptés aux circonstances actuelles, *ont été faites dans le service du Professeur Harvier en avril et mai dernier.*

Régimes des dermatoses. — *Le Professeur Gougerot* croit à l'importance des régimes alimentaires en dermatologie suivant la tradition française de Bazin, fondés sur l'étude complète du malade et la physiologie pathologique et non établis au hasard d'après les impressions des malades.

Il les divise en cinq groupes : 1° Restrictions basées sur l'examen complet du malade : azotémie, hyperglycémie, hypercholestérinémie ; 2° Régimes de dépuration, de désintoxication de Brocq ; 3° Régimes alimentaires antianaphylactiques ou de désensibilisation ; 4° Régimes correcteurs d'acidose ou d'alcalose ; 5° Régimes de suralimentation, en particulier dans la tuberculose cutanée ; une place à part doit être faite au régime de Gerson qui est déchloruré et hypervitaminique.

M. Gougerot reprend ensuite les dermatoses par groupe et étudie spécialement le régime de l'eczéma du nourrisson, à la lumière des travaux de Wohringer et surtout de Ribadeau-Dumas et de son école, en particulier le régime sans lait avec protéine végétale (soja, tournesol).

Les régimes des gastropathes. — *Professeur Paul Carnot.* — Les régimes diététique ont, en thérapie digestive, une place d'autant plus grande que l'estomac est le premier organe en contact avec les aliments venus du monde extérieur et qu'il risque d'être lésé par eux s'ils sont surabondants, contusifs, irritants ou toxiques.

Aussi doit-on chercher à l'en défendre, (comme lui-même en défend l'intestin), surtout s'il est fragile ou malade, en leur fournissant une *nourriture digeste, n'exigeant qu'un travail gastrique allégé et qui, pourtant remplisse toutes les exigences de la nutrition générale.*

Cette conférence, essentiellement pratique, tenant compte des circonstances actuelles, néglige systématiquement, les données innombrables fournies, scientifiquement par les diététiciens sur les calories nécessaires, les tables de composition clinique et les innombrables vitamines que toutes les lettres de l'alphabet ne suffisent plus à désigner : malgré leur grand intérêt, ces données alourdissent les problèmes, très simples qui se posent chaque jour pour l'alimentation de nos malades et qui exigent, avant tout, du bon sens et de l'opportunité.

Physiologiquement, l'estomac est un *réservoir garde-manger* et un *transformateur, mécanique et chimique des aliments*, qui les réduit en pulpe homogène, le *chyme*, incapable d'obstruer le grêle, et facilement pénétrable par les sucs digestifs.

On doit donc, avant tout, dans nos régimes, simplifier son travail en lui fournissant seulement des *aliments déjà élaborés en grande partie par leur préparation prédigestive culinaire, puis par*

(1) Voir pour détails : M. Perrault. Le régime des travailleurs de force. Baillière, Paris (sous presse).

leur mastication avec insalivation, et déjà réduits « chymifiés » avant leur arrivée dans l'estomac :

1° On choisira donc des *aliments* liquides ou *fluides*, passant rapidement à travers l'estomac sans y séjourner et sans y provoquer de réactions.

Le jeu du pylore, (que le Professeur Carnot a étudié jadis avec Chassevant et Roger Glénard), laisse passer, en effet, très vite tout *aliment liquide*, ou *suspendu dans un liquide*, s'il est *isotherme* et *isotonique* et s'il ne provoque pas, dans la cavité gastrique de sécrétion acide (fermant le pylore par un réflexe acide d'occlusion). D'où, l'indication principale, des *conditions mécaniques de division et de perméabilité des ingesta*, qui est essentielle : les liquides nutritifs, comme le lait (surtout s'il est rendu incoagulable par le citrate de soude), comme les œufs (délayés dans du bouillon ou du lait), les bouillies et les purées claires, la viande crue) ou le jambon (hachis très menu), les crèmes, les entremêts sucrés fluides (marmelades, riz au lait, etc.) répondent à ces nécessités de « *passage pylorique express* ».

Les autres aliments solides ne seront acceptés que s'ils sont réduits en pulpe impalpable par une *mastication*, la plus *soigneuse, prolongée autant qu'il est nécessaire, systématique, volontaire, sans défaillance*. Si, chez les tachyphages, cette condition ne peut être remplie, mieux vaut, alors les condamner à un *régime exclusivement fluide* » ;

2° L'autre condtion primordiale des régimes antidyspeptiques est de ne contenir *aucun aliment irritant ou toxique* : ni trop de sel, ni poivre, ni épices et condiments, ni surtout, vin alcoolique, apéritifs ou liqueurs.

Les seuls stimulants doux à accepter seront les substances extractives de la viande ou des légumes qui passent dans le bouillon et ont un rôle apéritif, sécrétoire et moteur, fort utile parce que fort ménagé ;

3° Une troisième condition, nécessaire est de n'admettre les *lipides* (dont l'alimentation ne peut se passer) que *sous une forme émulsionnée*, comme dans le lait, la crème, le beurre cru (où les petites globules de graisse se réémulsionnent très vite).

On éliminera donc les viandes grasses (porc, oie, canard), les sauces, les fritures, les poissons gras (anguille, saumon, maquereau, sardine à l'huile, etc.) ; les gâteaux gras, les fromages gras ; les fruits gras (noix, noisettes).

Les lipides à émulsionner le seront, principalement par le lait, par les œufs, par l'émulsine (lait d'amandes) ;

4° Le *pain*, levé mais spongieux à cause de ses trous, reste gonflé et par-là indigeste : il sera donné grillé, cassant, facile à rompre, en biscottes, en chapelure.

Les pâtes seront rendues perméables, non collantes, ni agglutinées, par un mode de préparation spéciale, le seul qu'acceptent les asiatiques...

5° On veillera, d'autre part, à la quantité des aliments absorbés à la fois et on les disséminera, dans *les petits repas*, en évitant le repas très fort habituel.

Dans les conditions du ravitaillement que les circonstances imposent, on tiendra compte du fait qu'*aucun aliment particulier n'est exclu d'aucun régime antidyspeptique, à condition qu'il soit paré à ses inconvénients par un mode d'administration convenable* : le lait sera rendu incoagulable et écrémé (en partie tout au moins) ; l'acidité des laits fermentes restera modérée ; la viande, hachée ou pulpée, ou réduite en petits morceaux faciles à mastiquer, sans sauces ni ragoûts ; les légumes, très cuits, décortiqués si nécessaires surtout en purées passees ; les farines préparées par maltage ; le pain rassis ou grillé. Les biscuits et les biscottes ; les farines aqueuses ou aromatisées (par exemple), thé à la menthe des Arabes, sans alcool (ou avec une faible concentration seront les éléments des *régimes omnibus, de base, antidyspeptiques*, comme à la plupart des cas, parce que suffisants, simples et relativement faciles à se procurer. *même actuellement*.

Malheureusement, le ravitaillement est souvent ardu, au moins jusqu'à la soudure du blé, et ne donne pas l'excédent de luxe nécessaire principalement aux malades qui ont à faire les frais de leurs lésions.

Cependant les restrictions actuelles n'ont pas eu que des inconvénients. Elles ont profité à de nombreux dyspeptiques, victimes de leurs boulimie et de leur gourmandise, de menus, à ces « *régimes dyspeptiques* » obèses, pléthoriques, goutteux ; à ces *dyspeptiques gros mangeurs, les régimes de demi-jeune actuels ont rendu grand service* en les guérissant de force.

Il en est de même pour les *dyspeptiques gros buveurs* qui ont été très améliorés par la suppression forcée du vin et des apéritifs

C'est surtout aux *dyspeptiques affaiblis et déjà, en partie inanitiés* que les régimes actuels, insuffisants, ont été nocifs en les empêchant de se remonter.

Quant aux *gastropathes organiques*, aux ulcéreux notamment, il ne semble pas que les régimes réduits actuels auront été très préjudiciables, ni que le nombre des crises aiguës, des hématémèses, des perforations ait augmenté : ce qui n'est pas sans nous inciter à quelqu'humilité quant à la nécessité des régimes sévères que nous croyions indispensable de leur imposer autrefois

Le régime des entéropathes. — ***M. Rachet.*** — Le régime est à la base de tout le traitement des maladies de l'intestin. Cependant les recherches modernes ont peut-être abouti à une exagération trop grande dans la systématisation des régimes ; on pourrait en trouver une preuve dans l'époque où nous vivons : bien qu'on ne puisse plus suivre des régimes compliqués, la plupart des malades ne s'en ressentent pas.

Il faut d'abord établir un grand régime de base, d'après la tolérance habituelle de certains aliments. Ce régime doit être *individuel*, se basant sur l'interrogatoire. Il doit être suffisamment *copieux*, car il est essentiel que le malade ne maigrisse pas ; aussi multipliera-t-on les pesées. Mais il ne faut pas arriver à la suralimentation et à la surcharge.

Le régime doit être *équilibré* : les régimes théoriques ne reposent sur aucune base physiologique. Ici intervient la question des vitamines : si pendant longtemps on les a ignorées, actuellement, on en met partout, oubliant complètement le régime de base. Il faut savoir qu'un régime alimentaire mixte contient suffisamment de vitamines. D'ailleurs, il ne suffit pas d'en donner, il faut qu'elles soient absorbées, et à ce point de vue les vitamines alimentaires sont bien supérieures aux vitamines thérapeutiques.

Le régime qui au début est rigoureux doit être rapidement *élargi*. La reprise de l'alimentation est alors le point délicat, qu'il faut faire pas à pas.

Le régime doit encore être aussi *varié* que possible et *facile à suivre*. Enfin, il doit être donné avec *conviction* chez des malades très accessibles à la psychothérapie. Il faut convaincre, autant pour un régime strict, que pour un régime large que le malade redoute.

M. Rachet envisage ensuite les différents aliments, *les viandes* doivent être supportées par tous les entéropathes, à condition d'être utilisées très fraîches, de préférence rôties ou grillées et avec modération.

Quant aux *hydrocarbonés féculents*, ils doivent être donnés très cuits, car l'amidon cru n'est pas digéré dans le tube digestif. on pourra les prescrire avec certaines diastases qui facilitent la digestion, et surtout tenir compte de la tolérance de chaque malade.

Les légumineuses en grains nécessitent certaines précautions : cuisson, décorticage, parfois passage au tamis.

Le pain actuel est fauteur de grosses dilatations intestinales ; on pourra prescrire le pain grillé ou les biscottes, mais c'est moins nutritif.

Les légumes verts non farineux ou *aliments* cellulosiques seront permis sous forme de hâchis, de purée. Mais il faut interdire les choux, oseille, salsifis, betterave, épinards, rhubarbe.

Quant au régime naturiste qui nous transforme en herbivores, il est incompatible avec la vie active, il n'est pas équilibré.

Certains fruits, comme la pêche, le raisin, les oranges, mandarines, dattes sont bien tolérés.

On restreindra les *graisses*, en utilisant seulement le beurre et l'huile, mais il faut tout de même en garder une part indispensable.

Les *fromages* sont habituellement bien supportés, car c'est un aliment mixte. On préfèrera les fromages cuits.

Le lait et les œufs ont été proscrits : en réalité, ils sont bien tolérés par certains intestins, à condition de préférer le lait cuit et d'utiliser les œufs toujours frais et très cuits.

Ce régime sera adapté suivant la prédominance symptomatique : on évitera chez les constipés le régime d'excitation composé uniquement de légumes verts et de fruits qui devient outrancier, et on prescrira plutôt un régime mixte ; chez les constipés douloureux, il sera peut différent de celui des diarrhéiques et on donnera un régime mixte sédatif.

M. Rachet envisage en terminant l'application de ces régimes en période de restrictions alimentaires. Les différents régimes spéciaux actuels sont incompatibles avec les troubles intestinaux et cependant, les entéropathes ne semblent pas en avoir souffert plus que les autres. Ceci montre bien qu'il ne faut pas donner au régime une part essentielle, mais il faut cependant garder toujours la notion d'un régime mixte et équilibré.

Régime des néphropathies. — ***M. de Gennes*** envisage d'abord le rôle du sel dans l'organisme ; c'est à la fois un excitant de l'appétit, un diurétique, un réhydratant, un régulateur de la pression osmotique et de l'équilibre acide-base. Mais donné en excès, il peut être toxique et dans les *néphrites avec*

œdème, il n'y a qu'une indication : *le régime déchloruré.* On évalue d'abord le taux de rétention du chlorure de sodium par la méthode des pesées, le bilan chloruré, la méthode des échelons.

On éliminera les aliments riches en NaCl : viandes salées, charcuterie, conserves, poissons de mer, pain ; il faut savoir aussi que le lait contient 1,50 à 2,50 de NaCl. Par contre, on prescrira la viande, les œufs, le beurre, les légumes farineux (surtout le riz). Ce régime ne devra pas comprendre non plus trop de liquides. S'il est trop insipide, on peut y ajouter des condiments ou sels de remplacement (Br Na).

Pour suivre le régime, on observera régulièrement chez le malade les urines de 24 heures, on fera un bilan des chlorures ingérés et excrétés, des épreuves de chloruration et déchloruration en échelons.

La rechloruration devra être progressive, et très lente, car le rein n'a pas retrouvé sa perméabilité définitive.

Dans certains cas, le régime déchloruré n'a pas raison des œdèmes qui sont irréductibles. Il faut alors faire intervenir les diurétiques déchlorurants.

Dans les cas de rétention chlorurée sèche, le régime entraîne une débâcle des chlorures sans débâcle d'eau.

Dans les *néphrites azotémiques*, il s'agira de restreindre les albumines alimentaires et proscrire les aliments riches en albumine : viandes, poisson (18-23 gr.), lait (36 gr.), œufs, pain, lentilles, pois secs. On donnera de préférence des légumes verts, des fruits, quelques farineux (pommes de terre, riz).

Voici, à titre d'indication le type d'un de ces régimes :

Viande	50 grammes
Pommes de terre	200 grammes
Riz	50 grammes
Beurre	50 grammes
Légumes verts, fruits à volonté.	

Enfin, on a proposé certains régimes alcalins : bicarbonate Na, lait, pomme de terre, fruits (Pasteur Vallery-Radot).

Dans les *néphrites hypertensives*, il faudra éviter les excès de viande, d'alcool et surtout supprimer les masses liquidiennes.

Dans la *néphrite albumineuse simple*, le régime lacté pur est déficitaire, car peu riche en fer et vitamines.

On se contentera de prescrire un régime sobre.

Enfin, il existe des cas d'albuminurie alimentaire : il n'y a pas de régime spécial, il faut connaître l'aliment nocif.

Quant aux néphrites aiguës, on évitera d'y donner trop de liquides : eau lactosée, jus de fruits seront associées à la chaleur. Puis progressivement on ajoutera des potages, bouillies, purées, compotes de fruits.

En conclusion, dans les néphropathies, c'est le régime déchloruré qui joue le rôle essentiel et qui obtient d'excellents effets, à condition d'être appliqué à bon escient.

Régime des diabétiques. — ***M. Froment*** envisage les différentes méthodes d'établir le régime d'un diabétique.

Chez l'individu normal, le rôle principal du régime est d'assurer la ration calorique et l'équilibre alimentaire : pour cela, il faut un rapport constant entre les différents aliments.

Chez le diabétique simple, le régime seul suffit. Mais, dans le diabète avec dénutrition, le trouble est plus grave, et il n'est plus possible d'établir la ration alimentaire qui corresponde aux conditions normales.

D'après la méthode théorique et schématique, on se base sur des données numériques pour établir les quantités que le diabétique peut absorber. On pose ainsi l'indication de l'insuline uniquement sur le papier. Au contraire, d'après la méthode biologique, le régime s'adapte à chaque sujet et tient compte de la notion de poids.

Pour établir le régime, on précisera d'abord la glycosurie, la glycémie et le taux de l'urée sanguine.

Puis, on commencera par un régime de base comprenant par exemple :

Deux œufs ;
Viande : 200 grammes;
Beurre : 60 grammes ;
Une tasse de lait ;
Huile : 20 grammes ;
Légumes verts : un kilo.

et on cherchera la tolérance hydrocarbonée en augmentant progressivement. Le taux de la glycémie, même s'il est un peu élevé, ne doit pas être une cause de modification du régime.

Régimes de l'adulte et du vieillard. — ***M. Merklen*** étudie successivement les besoins alimentaires qualitatifs et quantitatifs, le type de régime idéal, les modifications thérapeutiques à ce régime, enfin les régimes de restriction et leurs conséquences.

Le régime doit apporter l'énergie nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme et correspondant à la dépense du métabolisme de base, du travail digestif et du travail proprement dit.

Les résultats varient de 2.000 à 4.000 cal.-24 h. :

Exemple : Pour un homme de 70 kgr. mesurant 1 m. 70 :

M. B.	1.600 cal.
Travail digestif	400 cal.
Travail	400 - 1.000 cal.

Pour cela, le régime comprend toute une série d'aliments :

Les protides qui correspondent à 0,17-0,30 par kgr. (en gramme d'azote). L'homme moyen doit trouver 70 grammes de protides dans la ration courante. Il existe d'autre part, des acides aminés indispensables (tryptophane, phénylalanine).

Les lipides sont-ils indispensables à la ration ? Ils contiennent les lipoïdes et toute une série de vitamines, les vitastérines. Certains acides gras jouent également un rôle important.

Les glucides ont un rôle anticétogène, aussi existe-t-il un minimum indispensable.

Enfin, la cellulose, certains sels (NaCl, Ca, P) doivent également figurer dans la ration.

Quant aux vitamines, A se trouve dans les carotinoïdes, B dans les enveloppes des graines, C dans les fruits acides, les légumes frais, D est voisine du cholestérol.

Entre ces divers constituants de la ration, doit exister un certain équilibre : entre les protides animales et végétales, entre les différents éléments minéraux, entre les vitamines et les substances énergétiques.

Il faut qu'une ration alimentaire de 2.400 cal. apporte : glucides 420 grammes, lipides 50 grammes, protides 70 grammes.

Mais il existe d'un individu à l'autre de grandes variations.

Chez le vieillard, on peut se contenter de 1.450 cal.-24 h. en abaissant la quantité des protides à 40-50 grammes.

M. Merklen envisage ensuite les régimes de restriction légale actuels en France :

Sucre	16
Pain	275
Pâtes	8
Viande	34
Fromage	7
Graisses	14
Pommes de terre	100
	1.180 cal.

Comment sont supportés ces régimes de restrictions ? L'organisme lutte contre la sous-alimentation et peut vivre au repos. avec 2.000 cal.-24 h. Il existe une adaptation avec stabilisation et diminution des besoins après une période d'amaigrissement Cependant au-dessous de 1.500 cal. apparaît une dénutrition manifeste. Au-dessous de 1.200 cal., surviennent des phénomènes d'inanition, puis à 1.100 hypothermie avec collapsus vasculaire.

On observe également des phénomènes de précarence (scorbut, rachitisme, béri-béri et surtout pellagre) avitaminose mixte où intervient le déséquilibre alimentaire ; des perturbations du métabolisme de l'eau : polyurie, qui marquerait un stade dans l'évolution des œdèmes, œdèmes de carence coexistant avec une diminution du taux des protides. Le régime strict prolongé associé à des tares antérieures expliquent la fréquence de ces accidents chez les aliénés.

Chez l'ensemble de la population, ces restrictions ont un retentissement sur la morbidité et surtout sur la tuberculose qui présente des formes particulièrement graves et évolutives.

Il faut donc essayer d'adapter les besoins de l'organisme aux apports énergétiques en assurant la protection contre le froid et surtout en réduisant les efforts physiques.

Le régime des goutteux. — ***M. Loeper*** rappelle d'abord que la goutte fut connue de tous les temps : Hiéron, de Syracuse, Linné, Ségalas ont déjà consacré de longues pages à celle que le duc d'Aumale nommait « la croix de Saint-Louis de la galanterie ».

L'acide urique se forme dans l'organisme aux dépens de certaines substances alimentaires, dites uricogènes (en particulier es viandes, abats, thymus). Il s'élimine à raison de 50 % par le rein, 35 % par le foie. Si l'acide urique n'est pas éliminé, il devrait être dissous dans l'organisme ; mais il se précipite, avec élection du cartilage.

Le régime des goutteux comprend cinq indications :

— Manger peu ;
— Pas de substanees urieogènes ;
— Peu d'aeides ;
— Agir sur l'élimination du foie et du rein ;
— Supprimer les substanees irritantes eapables de produire les préeipitations.

Le goutteux est un pléthorique total : dans le sang, il existe une augmentation non seulement de l'aeide urique, maisdes albumines. Aussi faut-il, réduire l'alimentation et d'abord les aliments azotés, surtout animaux ; pour les azotés végétaux, on réduira les pois, fèves, haricots.

Les alealins sont des dissolvants de l'aeide urique, aussi on reeommandera les fruits : melon, prune, pêche, abrieot, eerise, fraise, pomme, eitron, les légumes (sauf épinards, oseille, asperges).

On augmentera les boissons : eidre, eaux biearbonatées sodiques, ealeiques, sulfato-ealeiques, oligo-métalliques.

Il faut surtout s'abstenir de toute exeitation du système digestif, nerveux ou des museles (vin, gibier, ete...) et utiliser au eontraire des aliments ayant une aetion sur le foie ou le rein (feuille d'artiehaut, dérivés soufrés, poireau, oignon, radis).

Que faut-il penser des eures ? Un jour de jeûne de temps en temps est indiqué ; on a proposé bien des eures : lait, pemmes, raisin « le lait végétal », eitron, fraise, qui eontiendiait un dérivé salieylé.

Dans la goutte oxalique et dans les gouttes, assoeiées, eholestériniques, il faut supprimer les œufs, eervelles, mais aussi la rhubarbe, l'oseille, le ehoeolat, le thé, le eafé.

Actuellement, dans les serviees de médeeine, on ne voit presque plus de goutteux. Mais la goutte reste une maladie causée par la préeipitation de l'aeide urique au niveau des jointures, et vient surtout des eauses qui président à sa préeipitation.

Régime des maladies infectieuses. — ***M. Harvier.*** — Broussais disait : il ne faut pas nourrir la fièvre ; la fièvre nourrit le malade. Mais une réaetion eontre eette théorie eemmenee à se faire sentir vers 1850. Trousseau eonseille d'alimenter les typhiques. Il n'y a aueune raison de ne pas nourrir un pneumonique par exemple. On voit, en effet ehez eertains malades sueeéder à la fièvre une véritable maladie d'inanition, pendant laquelle peuvent se révéler des lésions tuberculeuses. D'autre part, la tubereulose peut se manifester eomme une pyrexie aiguë.

La physio-pathologie nous montre pendant la fièvre un aeeroissement de tous les besoins :

— *Besoin en calories* : on admet que les combustions augmentent de 15 % par degré de température. La fièvre aeeroît les dépenses.

— *Besoin en eau* : toutes les séerétions sont diminuées, sauf la sueur.

— *Besoins en albumine* : l'usure du protoplasma dans la fièvre se fait aux dépens des albumines. Dans eertains eas, il y a augmentation de l'urée sanguine, expliquant les besoins protidiques.

— *Besoins en sels minéraux* : surtout NaCl, Ca, P, Fe, S. Il y a rétention chlorurée dans les maladies infectieuses ; e'est une sorte de réaction de défense, dont le malade se libère au moment de la erise.

— *Besoins en vitamines.* Les animaux earencés en vitamines C font plus facilement des paralysies diphtériques. Certaines carences se réveillent après une maladie infeeticuse.

Etant donné ces besoins de l'organisme pendant la fièvre, les principes de la diététique seront les suivants :

1° *Assurer une ration d'eau suffisante*, et pour eela surveiller la diurèse, et même si le malade est au régime lacté, compléter par une ration d'eau ;

2° *Diminuer la désassimilation azotée* ear les hydrates de earbone fixent mal l'azote.

Quels seront les éléments du régime ?

D'abord une nourriture semi-liquide, administrée toutes le trois heures, par petites quantités. L'aliment idéal est le lait, le plus riehe en albumine (35 gr.-litre), très peu toxique, non irritant, diurétique. On peut en donner deux à trois litres, en eomplétant par l'adjonction d'autres boissons. Quand le lait est mal toléré, c'est qu'il est mal donné. Il faut le donner coupé, parfois éerémé, additionné d'eau chaude ou de eitrate de soude, et toujours par petites doses.

Si le malade ne supporte pas cette quantité de lait, on peut lui donner des farines, avee du bouillon de légumes, des œufs et même de la viande erue pulpée.

Les boissons sont importantes : eau, tisanes, jus de fruits, bouillon de légumes. Parfois, on les remplaee par du sérum reetal ou sous-eutané. Les boissons aleoolisées sont données dans eertaines affeetions des voies respiratoires.

Si l'infeetion est de très eourte durée, il faut surtout hydrater le malade ; e'est le cas de la *pneumonie*.

Dans le *rhumatisme articulaire aiguë*, à cause du salieylate de Na, il y a intérêt à maintenir le régime laeté. On reprendra l'alimentation avee les potages farineux, le riz, les pâtes.

Si l'infeetion est de plus longue durée, par exemple une *fièvre typhoïde*, les doetrines sont diverses et même opposées, on a d'abord eraint surtout les lésions intestinales, puis les clinieiens russes et ensuite Vaquez ont lutté eontre ees régimes qui donnaient des malades déeharnés et ont déelaré qu'il fallait les nourrir : aussi donnèrent-ils dès le début lait, jaunes d'œufs, jus de viande, potages farineux. A la période d'apyrexie, le régime devient eneore plus large. Une telle méthode supprime les eonvalescenees traînantes.

Il est eertain que l'alimentation liquide est la plus faeile à faire aeeepter au malade, mais on peut la donner assez substantielle pour éviter la déperdition d'azote. Il ne faut pas préférer *a priori*, une alimentation liquide ou semi-liquide, mais tenir eompte de la toléranee.

Dans les eas d'hémorragie intestinale, la diète liquide s'impose. Il ne faut pas reeourir aux instillations reetales.

Après quelques jours d'apyrexie, on peut introduire des aliments solides, mais il faut eonduire eette réalimentation de façon très progressive. On ne doit plus voir à l'heure aetuelle de fièvre d'inanition.

Dans la *scarlatine*, on a d'abord pensé à éviter, avant tout les néphrites. Aussi preserivait-on un régime laeté absolu jusqu'au 20e jour, laeto-végétarien jusqu'au 40e, puis mixte s'il n'y avait pas d'albumine. En réalité, ee n'est pas l'alimentation qui fait la néphrite de la searlatine, e'est l'infeetion. Aussi aetuellement, on donne un régime mixte dès la troisième semaine, en surveillant les urines.

Dans l'*ictère infectieux*, l'alimentation doit ménager la eellule hépatique : diète hydro-laetée néeessaire au début, puis, quand les troubles digestifs s'améliorent, elle peut faire place à une alimentation plus large.

En eonelusion, dans les infeetions de eourte durée, il faut observer les premiers jours sinon la diète absolue, teut au moins la diète hydro-laetée, et surtout lutter eontre la déshydratatien et revenir le plus vite possible à une alimentatien normale.

Pour peu que la température dure, il y a avantage à revenir à une alimentation normale, pour s'opposer à la désassimilation azotée. L'alimentation sera reprise d'autant plus vite que le sujet est plus jeune et ne peut vivre sur ses réserves.

C'est au médeein à se plier aux variantes eliniques de ehaque eas particulier.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Traitement de la recto-colite hémorragique par la vitamine K

Le processus hémorragique étant le plus important. dit J. Vague (*Marseille médical*, 15 mai 1942), e'est sur lui que doivent porter tous les efforts. En dehors du traitement émetinien qu'il faut toujours pratiquer, il est bon de preserire l'acide ascorbique, les extraits de plaquettes, le calcium. Mais la vitamine K administrée par la bouche une demi-heure avant les repas, à la dose de 4 milligr., associée aux sels biliaires, à la levure de bière et à la pancréatine, est la véritable médication héroïque de la reeto-eolite.

Cette dose ne peut être maintenue plus de six jours de suite ; l'auteur l'a utilisée moins longtemps et en est venu rapidement à la dose de 2 milligr., anodine et qu'on peut maintenir plusieurs semaines.

La voie intra-veineuse ne semble pas supérieure à la voie buecale.

Lorsque l'élément infeetieux est prédominant, il y a lieu de preserire la sulfamidothérapie.

La thérapeutique par les pansements reetaux analgésiques et cicatrisants, l'applieation locale de vitamine A, l'administration de poudres inertes, d'amide nieotinique par voie bueeale, les injeetions d'hordénine doivent être mises en œuvre ; mais hors l'application laudanisée qui ealme les douleurs et l'irritation recto-sigmoïdienne, elles ne modifient pas franehement l'evolution de la maladie.

La colique mercurielle et son traitement par l'adrénaline

On peut observer au cours des traitements mercuriels une douleur thoracique violente avec constrictions, asthénie intense, anorexie fièvre, état général mauvais, faciès grippé, constipation opiniâtre.

Parfois c'est à l'abdomen qu'apparaissent les symptômes douloureux ; aussi G. Milian (*Paris Médical*, 20 juillet 1942), a proposé de donner le nom de colique de plomb à ce syndrome. Tous ces symptômes cèdent rapidement à un demi-milligramme d'adrénaline intra-musculaire.

Prévention des accidents d'arséno-intolérance par la novocaïnisation intraveineuse

La méthode qu'emploient MM. Vanhaecke, Breton et Guidoux (*Paris Médical*, 20 juillet 1942) consiste à pratiquer lentement avant la piqûre de novar une injection intra veineuse de novocaïne à la dose de 5 à 10 centigrammes.

Appliqué à 13 malades dont l'intolérance était manifeste, ce traitement a empêché, avec une efficacité constante, l'éclosion des accidents auxquels on aurait dû s'attendre, et permis la reprise ou la continuation d'un traitement intensif et rapide.

Traitement des affections staphylococciques par l'anaxothérapie spécifique

Se basant sur près de 3.000 observations, MM. Ramon, Mercier, Richon (*Presse Médicale* 25 juillet 1942) précisent l'emploi de l'anatoxine dans les affections staphylococciques.

Avec une anatoxine qui doit titrer au moins 10 unités antigènes, les doses sont les suivantes : 0,10 c. c. pour la première injection ; 0,25 pour la seconde ; 0,50 pour la troisième ; 1 c. c. pour la quatrième ; 2 pour les injections suivantes.

Ces injections sont pratiquées dans le tissu cellulaire souscutané de la fosse sus épineuse.

La première injection provoque le plus souvent l'apparition d'un petit placard d'érythème sans aucune réaction générale. Si, au contraire, la fièvre atteint 39° vingt-quatre heures après l'injection, il convient d'utiliser l'anatoxine purifiée et de réduire de moitié les doses usuelles.

Chez l'enfant au dessus de 12 ans, les doses courantes seront de 0,1, 0,25 et 0,90 c. c.

L'intervalle de temps entre chaque injection est de quatre à cinq jours.

En cas de récidive, il est indiqué de pratiquer d'abord une injection de 1/10e de c. c., suivie d'une seconde et s'il y a lieu d'une troisième aux doses de 1/2 et 2 c. c. Chez les sujets en apparence guéris d'une poussée d'ostéomyélite ou d'une affection staphylococcique cutanée jusque-là saisonnière, il faut maintenir et même accroître le taux d'immunité par des injections de rappel pratiquées à intervalle de six mois par exemple.

Dans certaines formes d'ostéomyélite aiguë ou dans les staphylococcémies, il est logique d'associer la sérothérapie et l'anatoxithérapie spécifique :

Injection préalable de 1/10e de centimètre cube d'anatoxine staphylococcique dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Après un quart d'heure et à un autre endroit du corps :

Injections sous-cutanée et intra-musculaire de 80 à 100 c.c. de sérum antistaphylococcique chez l'adulte, de 40 c. c. chez l'enfant. Après un intervalle de deux jours :

Injection de 1/2 c. c. d'anatoxine.

Puis à intervalles de cinq jours :

Injections d'anatoxine aux doses successives de 1 à 2 c. c.

Sur 37 cas de méningites purulentes

MM. Cathala, Laplane et Gras rapportent (*Archives de médecine des enfants*, novembre-décembre 1940. Paru en 1942) les cas de méningites purulentes qu'ils ont observés en deux ans à l'hôpital Trousseau.

Sur 37 cas, plus de deux tiers étaient des nourrissons de plus de 18 mois, 6 avaient de 18 mois à 5 ans, 4 seulement avaient plus de 5 ans. En ce qui concerne les nourrissons ils furent en général amenés à l'hôpital après quelques jours d'évolution et souvent les signes cliniques furent peu nets : quelques vomissements, fièvre et syndrome infectieux très variables et sans rien de caractéristique, raideur difficile à mettre en évidence, tension de la fontanelle pouvant être attribuée aux cris de l'enfant : souvent la ponction lombaire ne fut pratiquée que dans la crainte de méconnaître une méningite purulente.

Au point de vue bactériologique, on a trouvé le méningocoque dans deux tiers des cas, le pneumocoque et le bacille de Pfeiffer dans les autres.

Quant au traitement, M. Cathala a employé aussi bien le sérum que les sulfamides.

Il semble, d'après les cas observés, que la conduite la plus logique soit de commencer par le traitement sulfamidé. L'administration *per os* suffit à la dose de 2 à 3 grammes par jour ; au tout début on peut injecter 20 à 40 c. c. de la solution à 0,8 % pour obtenir plus rapidement le taux de concentration optimum, mais il est inutile de poursuivre longtemps par cette voie. L'action du traitement sulfamidé doit être efficace dès le quatrième jour. On peut alors continuer pendant une semaine environ en diminuant progressivement la dose.

Si l'amélioration n'est pas nette, il est préférable de recourir au sérum anti-méningococcique par voie lombaire, ou ventriculaire si on soupçonne un cloisonnement. Un abcès de fixation sera un adjuvant utile. Si au bout de huit jours le sérum n'a donné aucun résultat, on peut recourir à l'endoprotéine méningococcique par voie rachidienne, selon la technique de Reilly.

Avec cette thérapeutique, M. Cathala a obtenu la guérison dans 73 % des cas, avec un très léger avantage pour la chimiothérapie.

Mais il existe une différence nette entre les méningites du nourrisson et celles du grand enfant puisque, chez ce dernier, on constate 100 % de guérisons contre 63 % seulement chez le nourrisson. Ce qui souligne une fois de plus la gravité des méningites du nourrisson. Et si la thérapeutique sulfamidée représente un progrès incontestable, elle n'a pas néanmoins transformé le pronostic des méningites à méningocoques

Quant aux cas à pneumocoques ou à bacilles de Pfeiffer, ils se sont tous terminés par la mort, malgré les tentatives de traitement par les sulfamides.

Les possibilités de la sulfamidothérapie en dermatologie

MM. Bertin, Huriez et Aupetit rapportent (*Echo Médical du Nord*, juin 1942) les résultats qu'ils ont obtenus dans 239 cas de dermatoses traitées par sulfamidothérapie le plus souvent générale, assez fréquemment mixte et plus rarement uniquement locale. Les auteurs ont mis largement en œuvre cette thérapeutique dans les affections cutanées, se basant sur la fréquence des synergies morbides entre les enveloppes méningées et la peau. L'efficacité extraordinaire des sulfamides dans le traitement des méningites aiguës rendait tentant leur essai dans la thérapeutique des infections de la peau.

La sulfamidothérapie générale a une action particulièrement efficace sur les *streptodermies* qu'il s'agisse de l'érysipèle, des dermites superficielles, des hypodermites, des eczématides, des érythrodermies, même parfois des formes malignes avec streptococcémie.

Le pronostic des *staphylodermies* a été également très amélioré ; on a pu éviter dans bien des cas les complications des staphylococcies malignes. D'autre part, certaines lésions staphylococciques folliculaires nécessitent encore une radiothérapie complémentaire et l'existence d'une collection exige un débridement, qui permet une sulfamidothérapie locale.

Dans les *dermatoses suintantes et ulcérées*, on a intérêt à associer la chimiothérapie locale

Dans d'autres cas, les résultats de la sulfamidothérapie sont moins constants : eczémas, dermatoses bulleuses, dont le caractère est essentiellement récidivant.

Enfin les sulfamides ne jouent qu'un rôle accessoire dans les *tuberculoses cutanées*. Ils améliorent cependant l'évolution quand il y a association de pyogènes banaux, en permettant la guérison des infections surajoutées.

Enfin l'échec est complet dans les psoriasis et les trichophyties.

En conclusion, la sulfamidothérapie a transformé le pronostic de certaines affections cutanées, à conditions d'être précoce et massive, comme en pathologie infectieuse générale. Ces faits thérapeutiques apportent un argument sérieux à la conception infectieuse des dermatoses.

Les érythèmes de la sulfamidothérapie

Devant un érythème de la sulfamidothérapie, accident habituellement bénin, il est préférable disent MM. Bertin et Huriez (*Presse médicale*, août 1942) de cesser l'administration des sulfamides si l'affection initiale est guérie ou suffisamment améliorée. Par contre, s'il y a intérêt ou nécessité à la continuer, la cure sulfamidée est le plus souvent bien supportée en substituant un composé thiazolé aux autres dérivés sulfamidés.

INFORMATIONS

FACULTÉS — ECOLES — ENSEIGNEMENT

Faculté libre de médecine de Lille. — Le concours annoncé antérieurement pour une place d'agrégé de médecine à la Faculté libre aura lieu du 21 au 25 septembre 1942.

Des concours pour des places d'agrégés d'histologie, de physiologie, d'ophtalmologie auront lieu en 1943, vers les mois de juillet et d'octobre. Les candidats sont invités à s'inscrire dès maintenant au secrétariat de la Faculté, 1, rue François-Baës. Il est rappelé qu'ils doivent, au préalable, obtenir l'agrément du recteur.

ASSISTANCE PUBLIQUE — HÔPITAUX

Concours pour la nomination à 12 places d'assistants en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 5 octobre 1942, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

Les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, depuis le mercredi 9 septembre jusqu'au vendredi 18 septembre 1942 inclusivement.

ECHOS & GLANURES

Un médecin de campagne il y a cinquante ans. — Emmanuel Labat était né en 1853 à Gimbrède, dans le Gers. Il fit des études brillantes au Lycée d'Agen, obtenant prix de discours latin et de dissertation française au Concours général. Ses professeurs voulaient en faire un normalien : il préféra la carrière médicale. Etudiant d'abord à Toulouse, il vint ensuite à Paris où il fut reçu à l'internat en 1876, troisième d'une promotion où figuraient Arnozan, Routier, Doléris, Brault.

Un bel avenir s'ouvrait pour Labat. Ses patrons, Lannelongue, Tarnier lui conseillaient la voie des concours, lorsqu'on apprit qu'il allait s'installer au pays natal, où habitaient sa vieille mère et une tante dont il était l'unique soutien.

Et c'est ainsi que Labat devint médecin de campagne. Il le fut à une période héroïque que les générations actuelles ne connaîtront pas, même avec la dureté des temps. Nuit et jour par chemin, tantôt en carriole et souvent à pied, quand les chevaux étaient fourbus, avec les responsabilités qu'entraînait l'éloignement d'un grand centre où trouver aides morale et matérielle, le médecin de campagne était alors cet être unique dont Balzac n'a donné qu'une faible idée. Ne prenant jamais aucune vacance, prêt à répondre à tout appel, vivant quelquefois plus simplement que des religieux, ces hommes là avaient des âmes d'apôtres et s'ils ne rencontraient parfois qu'indifférence, ils recueillaient souvent, au soir de leur vie, la consécration méritée : un nom honoré, dont le souvenir se perpétuait bien longtemps après eux.

Emmanuel Labat fut de ceux-là dans le Gers d'abord, puis dans le Lot-et-Garonne où il vint s'installer après la mort de sa mère.

A un certain moment, le Professeur Gavarret lui offrit la place de professeur d'accouchement à l'Ecole de médecine de Toulouse. Labat accepta avec la condition qu'il ne viendrait à la ville que trois jours par semaine et consacrerait le reste du temps à sa clientèle rurale. Mais, sur ces entrefaites, l'Ecole devint Faculté. Il fallait accepter la chaire et la résidence qu'elle comportait ou se contenter de la vie de médecin de campagne.

Labat resta au milieu des paysans. Et il les observa, notant patiemment d'innombrables petites choses « pour mon plaisir, écrit-il, sans autre but que de m'expliquer la ruine dont j'étais témoin ». Et on vint dire au Docteur Labat qu'il fallait écrire ce qu'il avait vu. Il se décida et c'est ainsi que parurent à partir de 1910, dans la *Revue des Deux-Mondes*, une série d'articles qu'il réunit plus tard en un volume qu'il intitula : l'*Ame paysanne* (1). Car d'après le Docteur Labat, c'est la spiritualité paysanne, c'est le lien spirituel et non point matériel qui unit le paysan à la terre. Autrefois, le paysan avait beau souffrir des saisons, il s'attachait à la terre venue de ses aïeux et transmises des anciennes générations, comme le marin s'attache à son bateau.

Mais avec la main-d'œuvre agricole qui diminuait comme la natalité, la désaffection du paysan pour la terre était venue. Et Labat n'hésite pas à rendre responsables : l'école du village qui a tué la vocation paysanne ; nos programmes et nos lois égalitaires qui ont partagé le patrimoine rural et ont détourné de le travailler. Comme tant d'autres, Labat conçut l'espoir qu'après la guerre de 1914, on assisterait à un renouveau de la spiritualité paysanne. Il mourut en 1925, assez tôt pour ne pas comprendre que cette espérance était illusoire. Mais aujourd'hui sans doute, il répèterait ce qu'il écrivait il y a trente ans ; « notre relèvement est avant tout un relèvement moral et il se lie à un autre, celui de notre natalité, c'est-à-dire au salut même d'une race en train de s'éteindre ».

(1) La 11e édition vient de paraître à la librairie Delagrave, avec une préface de Henri BORDEAUX sur E. Labat et son œuvre.

La protection de la race. — Voici comment le Docteur René MARTIAL l'envisage. (*Français, qui es-tu* ? Un vol. in-8°, 199 p., Mercure de France, édit.). :

« Le premier moyen à inscrire dans le Code de la famille est le certificat pré-nuptial.

Ce certificat pré-nuptial fonctionne déjà en Belgique, Suède, Norvège, Danemark, Allemagne et sept états des Etats-Unis.

Mais, en France, un cardiaque, un tuberculeux, un épileptique, etc. peuvent se marier librement, sans aucun remords. Ils n'ont pas à se soucier des conséquences de la satisfaction de leur égoïsme. Tout récemment le certificat pré-nuptial a été adopté chez nous, à titre consultatif. Est-ce suffisant ?

La lutte n'a été engagée que contre la syphilis et la blennorragie. Contre la syphilis, il y a déjà toute une législation. Contre la blennorragie, les mesures prises, surtout à l'égard de la femme qui en est la principale victime, sont-elles efficaces ? Nous ne le savons pas encore. La découverte récente de nouveaux médicaments permet de l'espérer. Mais il n'en reste pas moins que la blennorragie est une des causes les plus efficaces de contamination et de stérilité.

En quoi consiste le certificat pré-nuptial ? Voici l'essentiel de la législation allemande à ce point de vue.

Avant de contracter mariage, chaque fiancé doit produire un certificat d'aptitude au mariage qui est inséré dans les papiers des dossiers. Ce certificat, délivré soit par un médecin assermenté, soit par un médecin chargé par l'Etat de cet office, soit par un Office désigné par l'Etat et contrôlé par lui, ne porte que la mention : apte ou inapte. Mais le service ou le médecin chargé de sa délivrance garde sous le sceau du secret professionnel, l'observation des constatations qui ont dicté sa conclusion. Entraînent l'inaptitude : 1° les tares héréditaires et les maladies familiales énumérées au chapitre premier de cette troisième partie ; 2° toute maladie contagieuse (inaptitude temporaire) ; 3° la situation juridique d' « interdit » pour cause de maladie mentale ou autre ; 4° les maladies organiques qui rendent l'un des deux époux invalide, ou le condamnent à une mort prochaine. Dans ces cas, le mariage est interdit et, s'il a lieu quand même, par ruse ou autrement, il est nul de plein droit.

Il est aisé de comprendre que cette garantie, ajoutée à celle de l'interdiction de certains métissages, apporte une grande sécurité physique et morale aux époux et leur confère le maximum de chances d'une procréation facile, heureuse et saine.

Depuis 1928, sous l'influence des eugénistes américains, la stérilisation des porteurs de certaines tares et maladies est en vigueur aux Etats-Unis, avec des modalités assez différentes, d'ailleurs, suivant les Etats. En 1936, il y avait une moyenne annuelle de 3.000 stérilisés pour l'ensemble des Etats. La plupart de ces opérés étaient certains malades des hôpitaux, des asiles de fous ou certains des gens purgeant une peine de prison.

La stérilisation a été adoptée ensuite au Canada, en 1933, dans la Colombie britannique, puis en Suisse dans le canton de Vaud (1928), puis en Allemagne (1935).

Elle s'applique aux sujets porteurs des tares héréditaires que voici : imbécillité congénitale, schizophrénie, manie dépressive, épilepsie, chorée de Huntington, cécité congénitale, surdité, malformations héréditaires graves, alcoolisme invétéré.

Des conditions légales sévères sont imposées à cette opération — inoffensive pour l'homme, plus dangereuse pour la femme — afin de prévenir tout abus criminel. Un tribunal sanitaire spécial peut seul l'accorder ou la prescrire ; il est doublé d'un tribunal administratif qui veille à l'observation stricte de toutes les conditions et formalités prescrites par la loi. La procédure n'est pas publique et le tribunal doit s'entourer de tous les moyens d'enquête et d'examen. La décision est formulée par écrit et en donne toutes les raisons. L'intéressé a un droit de recours (entre quinze jours et un mois) devant les deux tribunaux supérieurs : santé et administration. L'opération ne peut être pratiquée que dans un hôpital agréé par le Gouvernement et par un médecin également agréé. Mais elle est opérée au besoin par contrainte quand le jugement a été régulièrement rendu, sauf intercurrence d'un fait nouveau.

Les frais de la procédure sont à la charge de l'Etat ; ceux de l'opération à celle des Assurances sociales. Le secret professionnel est de rigueur. Les personnes habilitées à proposer ou à demander la stérilisation sont : le sujet lui-même avec son tuteur, le conseil de tutelle et un médecin assermenté, le médecin ou le directeur d'une maison de santé, d'un hôpital, d'une prison, ou les deux ensemble.

La stérilisation pratiquée en dehors de la loi, c'est-à-dire pour d'autres cas que ceux mentionnés dans la liste ci-dessus des tares, est sous l'entière responsabilité des opérants, les opérés ayant été dûment informés des risques, y compris celui de mort.

La race (et même plus simplement la société), a le devoir de mettre les épileptiques et les alcooliques, dont les crimes ne se comptent plus, hors d'état de procréer des malheureux comme eux, leur hérédité se transmettant, notamment pour l'épilepsie, à de très nombreuses générations, six, sept, dix et frappant souvent plusieurs membres d'une même lignée.

Enfin, le divorce peut lui-même devenir un moyen de protection de la race, soit en désunissant des époux malades ou vicieux, soit en soustrayant les enfants du spectacle démoralisant d'un ménage désuni par le vice ou la débauche de l'un des deux parents ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Les dérèglements endocriniens à point de départ psychique

Par **Jacques DECOURT**
Médecin des Hôpitaux de Paris

Il est de notion courante que des rapports étroits unissent les fonctions endocriniennes et la vie psychique. Mais ces interactions ne sont pas toujours bien comprises par les cliniciens. Les progrès récemment accomplis dans la connaissance des hormones et de leurs actions physiologiques, aussi bien que la tendance scientiste à réduire tous les phénomènes psychiques à des processus physico-chimiques, amènent la plupart des auteurs à n'envisager le problème que dans un sens. On s'efforce de préciser le retentissement des troubles endocriniens sur l'équilibre psychique, mais on oublie qu'inversement des troubles psychiques primitifs peuvent être le point de départ de dérèglements endocriniens.

Cette notion n'est pourtant pas nouvelle : l'observation populaire l'avait retenue avant que l'on ne fût en mesure de l'interpréter scientifiquement. On connaissait depuis longtemps l'existence de polyuries et d'aménorrhées émotives, de pseudo-grossesses, de consomptions nerveuses. L'observation médicale ne négligeait pas l'intervention de facteurs psychiques à l'origine de certaines glycosuries, de certains syndrômes basedowiens.

La part éminente qu'il convient d'accorder au système nerveux dans la genèse de tels faits n'exclut pas la participation de facteurs endocriniens. On sait aujourd'hui quels rapports intimes unissent, anatomiquement et fonctionnellement, les centres neuro-végétatifs du diencéphale à la vie psychique d'une part, et aux fonctions endocriniennes d'autre part.

Les physiologistes ont montré que des émotions, comme la peur, déclenchent une sécrétion d'adrénaline dont dépendent, pour une part, les phénomènes somatiques observés en pareil cas. Il est permis de penser que des processus psychiques divers, les uns d'ordre purement émotif, les autres plus proprement psychologiques à leur origine, peuvent retentir aussi dans des domaines très variés des vastes régulations endocriniennes. A défaut d'expériences physiologiques suffisamment nombreuses, bien des faits cliniques le prouvent. Il ne nous paraît pas inutile de souligner cette notion par quelques exemples.

Il n'est que de choisir parmi les observations que les circonstances présentes ont, de toute évidence, multipliées. Leur développement nous étant interdit, nous en évoquerons seulement les traits essentiels en quelques chapitres schématiques.

Ces faits s'observent dans les deux sexes, et à tout âge, même chez le jeune enfant. Mais c'est chez la femme et la jeune fille qu'on les rencontre avec une fréquence toute spéciale et sous les aspects les plus expressifs.

I) Aménorrhée.

L'aménorrhée est le symptôme le plus commun. Tous les médecins ont été frappés, comme nous-même, du nombre surprenant de femmes et de jeunes filles, jusqu'alors bien réglées, et qui ont vu disparaître brusquement leurs menstruations au moment des tribulations de l'exode de 1940, même sans que des fatigues physiques particulières ou une modification appréciable de l'alimentation aient pu entrer en ligne de compte.

Certaines de ces aménorrhées ont pu être passagères ; mais nombre d'entre elles durent encore. La plupart ne sont pas restées isolées, mais ont entraîné des désordres physiques plus ou moins importants, traduisant, à n'en pas douter, des perturbations profondes de l'équilibre endocrinien. Pourtant, chose curieuse, les mêmes facteurs psychologiques, le même symptôme initial, l'aménorrhée, sont suivis, selon les cas, de troubles opposés de la nutrition.

II) Adiposes.

Certaines femmes, à partir de la suppression de leurs règles, subissent un engraissement rapide et considérable, atteignant en moyenne un ou deux kilos par mois, parfois davantage, et pouvant réaliser des augmentations de poids de 12, 15 kilos et davantage en moins d'un an. Des phases d'amaigrissement, non moins rapide et inexpliqué, entrecoupent parfois la ligne ascendante générale.

Le contexte clinique et biologique fait suspecter dans certains cas une inhibition ovarienne élective (bouffées de chaleur), plus souvent un trouble de la régulation neuro-hypophyso-thyroïdienne réalisant une sorte de syndrome adiposo-

---

FEUILLETON

De l'influence des mères sur le destin des grands hommes

S'il est difficile d'expliquer le génie, probablement parce qu'il est inexplicable par nature, il n'en reste pas moins intéressant de chercher dans l'enfance du grand homme, littérateur, artiste ou savant — les conditions qui semblent tout au moins avoir concouru à expliquer l'élévation de la pensée, la sublimité du style, la perfection du pinceau ou la hardiesse des hypothèses constructives.

Or, de toutes les conditions d'ordre héréditaire et transmises ou d'ordre personnel qui semblent exliquer la volontaire obstination de suivre une méthode supérieure, il semble bien que parmi toutes les contingences dont l'harmonieux ensemble si rare crée le génie, *le rôle de la mère* reste prépondérant.

N'est-ce pas elle en effet qui, la première, va jeter sur cette frêle matière grise qu'est le cerveau le premier germe ; n'est-ce pas elle qui va façonner à son image l'esprit naissant de son enfant ; n'est-ce pas elle surtout qui, par ses qualités naturelles de cœur, va susciter chez cet être encore si fragile la première étincelle et diriger ses premiers sentiments que le choc avec l'ambiance va faire naître ?

Le fait est tellement vrai que tous les grands hommes ont eu jusqu'à la fin, par une sorte de prescience inexplicable, le culte de leur mère.

Jusqu'au dernier souffle, son image est venue réconforter l'agonisant, à ce point que même celui qu'on croyait exempt, par sa vie heurtée et tumultueuse, de ces sentiments intimes, Clemenceau, a voulu que, dans son cercueil et pour l'éternité du tombeau, fut placé à ses côtés, le petit coffret que sa mère, en guise de viatique, lui avait confié comme une relique, dans son enfance. Il aurait pu dire avec Lamartine : « Je l'emporte au tombeau pour embellir le ciel ».

Telle mère, tel fils, pourrait-on dire. Une mère supérieure, comme l'était celle de Bonaparte, ne peut pas avoir des fils médiocres. Ce serait une offense à la nature.

La mère a des secrets intimes qu'ils lui font discerner vaguement au début la future élévation de son enfant ; elle pressent même, si elle en a plusieurs, celui qui sera l'élu et dépassera ses frères. Elle possède une prescience confuse des choses qu'on ne trouve que chez elle. C'est une « sensibilisatrice » qui ne semble pas relever des données objectives de la science. Elle est dans ce cas, certainement très supérieure au père, véritable loi de nature qu'on retrouve d'ailleurs dans toute la série des êtres, car on peut dire qu'en réalité, l'enfant est toujours plus l'enfant de sa mère que de son père, aussi est-il bien inutile de recourir chez elle à l'étude des groupes sanguins.

Si le père apporte son spermatozoïde avec, en puissance, toutes les possibilités de ses chromosomes, la mère apporte autre chose que son ovule ; elle apporte sa tendresse, sa finesse d'esprit, son attention de tous les instants, sa sollicitude infinie, tous ses dons moraux et aussi, comme celle de Fontenelle qui était Marthe Corneille, toute la fierté de sa race.

***

Je ne parlerai pas ici des mères antiques dont le rôle admirable reste légendaire et qui enfantèrent une progéniture digne d'elles. Sans oublier Blanche de Castille à qui Saint-Louis doit tout, je ne citerai comme exemple que la mère des Gracques, l'illustre romaine, fille de Scipion l'Africain, Cornélie, « dont le sort déplo-

génital avec hypothyroïdie concomittante (abaissement du métabolisme basal, augmentation des lipides et du cholestérol sanguins).

A cela se joignent des troubles du caractère, que nous ne pouvons développer ici, mais qui réalisent tantôt une irritabilité excessive, tantôt un syndrome dépressif à type mélancolique, plus rarement des accès de type maniaque ou des manifestations hystériques. Mais il faut savoir que la psychose affecte le plus souvent des aspects mineurs, qui risquent de demeurer inaperçus et de laisser méconnaître l'origine psychique du syndrome.

Si les règles reparaissent au bout de quelques mois, l'adipose peut régresser entièrement ou partiellement. Dans les formes prolongées la guérison est beaucoup plus incertaine.

Dans plusieurs cas de ce genre nous avons pu faire reparaître les règles en peu de jours, par simple persuasion, alors même que les thérapeutiques endocriniennes les plus actives et le plus logiquement conduites étaient demeurées absolument inopérantes. Dans deux cas nous avons vu les malades perdre avec une rapidité surprenante les 8 et 10 kilos qu'elles avaient pris et que n'avaient pu réduire, avant la réapparition des règles, les régimes les plus sévères. Chez une d'elles, dont l'aménorrhée et l'engraissement avaient suivi un projet de mariage contrarié, une rechute survint après quelques mois, entraînant une nouvelle reprise de poids. Cette fois encore la thérapeutique endocrinienne demeura vaine, et des manœuvres suggestives amenèrent la guérison aussi facilement et aussi complètement que lors de la première atteinte.

III) Amaigrissement.

Dans d'autre cas la disparition des règles est accompagnée ou suivie d'un amaigrissement plus ou moins notable, qui, dans les formes graves et prolongées, conduit aux cachexies extrêmes de l'anorexie mentale ou de la maladie de Simmonds. Certaines malades perdent ainsi la moitié de leur poids.

Là encore l'élément psychique initial peut demeurer méconnu. C'est alors que l'on voit communément porter le diagnostic de cachexie hypophysaire, qui conduit à un traitement endocrinien souvent inopérant. La guérison peut survenir spontanément, avec ou sans opothérapie ; mais elle exige d'ordinaire l'isolement et une cure de rééducation mentale permettant la reprise de l'alimentation. On voit alors le poids remonter avec une rapidité surprenante, et finalement les règles reparaître.

Les formes graves ne diffèrent en rien du tableau de la maladie de Simmonds, que l'on attribue avec cet auteur à une insuffisance antéhypophysaire. Elles s'accompagnent d'un abaissement souvent important du métabolisme basal, d'hypoglycémie, d'une sensibilité excessive à l'insuline, de bradycardie, d'hypotension artérielle, de splanchnomicrie, d'altérations de la peau et des phanères. La dénutrition due à l'anorexie invincible, et les carences multiples qui en sont la conséquence, expliquent la plupart des symptômes ; mais l'enchaînement des faits oblige souvent à admettre, qu'au début du moins, le trouble psychique a pu retentir par lui-même sur les fonctions de la nutrition, en empruntant un double chaînon, neuro-végétatif, puis endocrinien. De toute façon, l'aménorrhée, qui est habituellement précoce, ne peut être considérée comme une simple conséquence de la sous-alimentation.

Ainsi ces faits qui appartiennent au cadre classique de l'anorexie mentale, ne s'opposent que par leur étiologie à la cachexie hypophysaire de Simmonds. A cela près, le processus physiopathologique terminal est le même ; mais son déclenchement reste d'abord purement fonctionnel dans un cas, alors qu'il résulte, dans l'autre, de lésions matérielles primitives du système hypothalomo-hypophysaire. Du point de vue pratique il convient pourtant de souligner que l'origine psychique du syndrome est beaucoup plus fréquente que son origine organique, et reste souvent méconnue, ce qui conduit à des erreurs de thérapeutique (1).

L'amaigrissement, comme l'engraissement, peuvent s'observer d'ailleurs sans troubles des règles. Chez l'homme, on ne voit guère que des faits d'amaigrissement. Un jeune homme de 19 ans, dont la mère avait fait longtemps auparavant un épisode d'anorexie mentale, présente lui-même, avec un syndrome anxieux, un amaigrissement de 9 kilos en quelques mois, à la suite d'une déception sentimentale. Il guérit sous la seule influence de la psychothérapie, du calcium et des antinervins.

Les deux syndromes d'amaigrissement et d'engraissement peuvent encore s'observer successivement chez un même sujet. Une de nos malades fit, à 18 ans, à la suite de la mort de son père, une anorexie mentale avec aménorrhée et amaigrissement de 18 kilos, qui dura deux ans, et guérit finalement

(1) Decourt (Jacques). — Les rapports de l'anorexie mentale et de la cachexie dite hypophysaire. *Presse médicale* (sous presse).

---

rable de ses fils, animés toutefois du bien public, ne l'empêcha jamais de s'applaudir et de l'éducation qu'elle leur avait donnée et des nobles sentiments d'ambition qu'elle leur avait imposés ». C'est d'elle qu'on rapporte cette phrase, à propos des édifices sacrés qu'on avait bâtis sur les lieux mêmes où ses enfants avaient été massacrés : « ils ont les tombeaux qu'ils méritent ».

***

Bien que ce rôle de la mère reste prépondérant dans la plupart des cas, il en est d'autres au contraire où cette première empreinte a fait défaut, soit que la mère abandonne au hasard l'éducation de son propre enfant, pour des raisons diverses, soit qu'elle mourût après la naissance de l'enfant, ce qui obligea le père à se charger seul de son éducation ou de le confier à des mains mercenaires. Citons-en quelques exemples ;

C'est Albert Durer sur la mère de qui on a pu écrire : « l'avarice transforma une jeune et belle femme en un monstre. Aussi l'esprit s'effraye-t-il du rapprochement qu'il lui faut faire de l'artiste au cœur grand et généreux, à l'imagination rêveuse et placide, et d'une mégère violente n'ayant à la bouche d'autres mots que ceux de travail et d'argent ».

C'est Képler qui fut le fils peu aimé d'une femme grossière et qui, après une enfance abandonnée et malheureuse, trouva le bonheur dans l'étude ;

C'est Jérome Cardan, ce grand génie de la Renaissance, dont la mère, dévote et colère, bien que douée d'une mémoire et d'une force d'esprit peu commune, n'éprouva jamais pour son fils « qu'une affection médiocre et peu constante » ;

C'est Descartes dont la mère mourut quelques jours après sa naissance ;

C'est Pascal qui de même perdit sa mère à 3 ans ;

C'est Newton qui à 3 ans, vit sa mère se remarier, se déchargeant auprès de la grand-mère de l'éducation de son fils ;

C'est Lavoisier qui perdit également sa mère à 5 ans et fut élevé par sa tante ;

C'est Laplace, qui fut élevé par son père, « dont il a eu le tort de rougir plus tard », parce qu'il était un pauvre cultivateur, ce qui, à mon avis, assombrit sa gloire ;

C'est Darwin, dont la mère mourut en 1817 alors qu'il n'avait que 8 ans ;

C'est Latreille « dont la naissance semblait le vouer à une existence obscure et malheureuse et dont l'enfance ne fut pas entourée de ces soins attentifs d'un père et d'une mère qui, dans les conditions normales, font du premier âge le véritable âge d'or de la vie humaine ».

C'est enfin Claude Bernard que sa mère ne comprit jamais, de sorte que ce grand homme ne connut jamais, au cours de sa glorieuse existence, ni la piété d'une mère, ni la tendresse d'une femme, ni l'amour de ses enfants, sa compagne et ses filles ayant été pour lui de véritables monstres. Décoré et membre de l'Institut, sa mère avait la cruauté de lui écrire : « nous comptons sur toi pour nous aider à récolter les pommes de terre le mois prochain ».

***

A côté de ces exceptions, une mention doit être faite pour d'Alembert qui, comme on le sait, fut un enfant trouvé, abandonné par sa mère sous le porche d'une église parisienne, le 17 novembre 1717.

L'enfant fut remis par le commissaire de police du quartier à une humble famille de vitrier sans enfant, du nom de Rousseau. On donna à l'enfant le nom de Jean Le Rond en souvenir de l'Eglise où on l'avait recueilli.

en maison de santé. Les règles furent normales pendant huit ans. Actuellement âgée de 27 ans, cette malade est venue nous consulter tout récemment parce que, à la suite de contrariétés d'ordre familial, ses règles ont de nouveau disparu depuis six mois ; mais l'aménorrhée s'accompagne cette fois d'un engraissement de 8 kilos, que n'explique aucun changement des habitudes alimentaires ni de l'activité physique.

IV) Syndrome basedowien.

L'installation possible d'un syndrome basedowien à la suite d'une émotion vive est une notion classique. Mais certains auteurs pensent que l'émotion invoquée ne fait qu'extérioriser, précipiter un trouble thyroïdien demeuré jusqu'alors fruste et méconnu.

L'origine purement nerveuse du syndrome paraît cependant possible. Elle semble évidente dans le cas suivant. Une jeune campagnarde de 18 ans, antérieurement bien réglée, et sans aucun passé mental, subit de vives émotions au cours de l'exode de mai 1940. Dans le train qui l'emmène une voyageuse fait auprès d'elle une crise névropathique bruyante. Elle-même, bouleversée, se met à trembler, accuse de l'angoisse, des palpitations. Ses règles, qui étaient en cours, s'arrêtent subitement, et ne reparaîtront que passagèrement en octobre et en novembre. Cette aménorrhée s'accompagne d'un engraissement de 10 kilos. En novembre apparaît, avec une rapidité extrême, un syndrome basedowien typique. En quelques mois le goitre prend un développement énorme. L'exophtalmie reste modérée, mais le tremblement est très accentué, la tachycardie atteint 132, le métabolisme basal + 56 p. 100. La malade perd quelques kilos mais son poids reste supérieur de 5 kilos à ce qu'il était avant le début des troubles morbides.

Le rôle de l'émotion initiale paraît indiscutable dans ce cas. Mais deux syndromes différents se sont déroulés successivement. L'aménorrhée, qui s'est accompagnée d'un engraissement rapide et considérable, n'était évidemment pas la conséquence de l'hyperthyroïdie. Elle réalisait le tableau que nous avons décrit plus haut. C'est sur ce premier dérèglement endocrinien que s'est construit secondairement le syndrome thyroïdien, qui paraît bien devoir être considéré, lui aussi, comme la conséquence tardive du choc émotif initial.

V) Tétanie.

Il existe enfin des faits indiscutables de tétanie d'origine émotive. Le syndrome est d'interprétation plus complexe, car l'insuffisance parathyroïdienne primitive et l'hypocalcémie qui l'accompagne comportent fréquemment dans leur expression clinique un élément d'angoisse. Mais certaines observations de tétanie, que n'accompagne aucune anomalie d'ordre humoral, semblent relever d'un mécanisme purement nerveux, à point de départ psychique. Nous avons étudié ailleurs ces faits que nous classons dans un cadre spécial : celui des tétanies neurogènes (1). Mais le mécanisme nerveux entraîne probablement, dans le cycle des accidents, un dérèglement hormonal parathyroïdien.

***

Nous regrettons d'avoir dû limiter notre travail à une aussi brève esquisse. L'exposé détaillé de nombreuses observations eût été désirable. Nous eussions aimé, à propos de chacune d'elles, envisager les différents processus psychiques en cause. Nous noterons seulement qu'ils ne se résument pas dans des facteurs émotifs. Des mécanismes psychologiques plus complexes exigent souvent une analyse approfondie. Des refoulements d'ordre sexuel, plus ou moins inconscients, des idées mystiques, un terrain mythomane peuvent être les facteurs primordiaux.

Une de nos observations justifierait un commentaire psychanalytique. Il s'agissait d'une femme de 37 ans. Parfaitement réglée, et mariée depuis douze ans lorsque éclata la guerre, elle avait toujours évité les grossesses. En août 1940, après deux mois d'inquiétude, elle apprend que son mari est prisonnier. A partir de ce moment ses règles disparaissent brusquement, et elle engraisse de 16 kilos en moins d'un an. Lorsqu'elle nous consulte, en juin 1942, ses règles n'ayant toujours pas reparu, ce n'est pas, nous dit-elle, pour des raisons esthétiques, mais parce qu'elle voudrait être assurée d'obtenir au moins une grossesse au retour de son mari. Elle éprouve en effet un vif remords de n'avoir pas eu d'enfant, et son mari prisonnier, à qui elle a fait part de son regret, lui écrit aussi qu'il désirerait vivement « avoir une petite fille ». Or la malade nous dit textuellement qu'elle n'a pas encore « osé lui avouer » son aménorrhée. Ne peut-on invoquer, dans ce cas, une sorte de castration fonctionnelle engendrée par le remords et prenant la valeur d'une auto-punition ?

(1) Decourt (Jacques) et Tardieu (Guy). — Les tétanies neurogènes. *Presse médicale*, 47, 25, 29 mars 1939, p. 469.

D'Alembert voua toute sa vie à sa mère adoptive une affection des plus touchantes au point que plus tard, quand il fut devenu très illustre, sa mère véritable, Madame de Tencin, qui l'avait eu d'un commissaire d'artillerie du nom de Destouches, et qui d'ailleurs n'avait jamais rien fait pour lui, bien que fort rentée, le père seul ayant subvenu secrètement aux besoins matériels de l'enfant, sa mère véritable, dis-je, chercha à le séduire et à l'attirer vers elle, pensant qu'une parcelle de sa gloire rejaillirait sur elle, mais d'Alembert se montra inflexible et jusqu'à la fin reconnut toujours pour sa seule mère, celle qui l'avait tendrement élevé.

***

Les exemples abondent pour fortifier la thèse que nous défendons, à savoir que les hommes — les bons — sont toujours le produit de leur mère. Je ne sais si, dans « *Le Faubourg* » Abel Hermant a vu juste en écrivant : « qu'on n'apprécie sa mère que du jour où on a une femme », mais ce qui est vrai, c'est ce que Henri de Lapommeraye écrit à propos des *Amours de Molière*, « qu'un fils bien aimé par sa mère est rarement un méchant homme ».

Nous commencerons donc nos exemples, à tout seigneur tout honneur, par le plus grand des hommes, Napoléon, car personnellement ce que j'admire le plus en lui, c'est sa mère.

Lui-même n'a-t-il pas écrit : « c'est à ma mère que je dois ma fortune et tout ce que j'ai fait de bien ».

Michelet l'avait d'ailleurs bien pressenti en écrivant : « Napoléon fut tout de sa mère qui l'éleva et semble avoir en lui incarné tous ses songes » et François Duhourcau écrit avec raison : « Madame Bonaparte mère savait bien que, dans son aire corse, c'était un aiglon qu'elle avait mis au jour ».

« Oh ! tu feras ton chemin », disait-elle de lui au moment de sa nomination à l'armée d'Egypte, à quoi Napoléon répliqua plus tard à Sainte-Hélène : « mon excellente mère est une femme d'âme et de beaucoup de talent. Elle a un caractère mâle, fier et plein d'honneur. Elle est digne de toutes les vénérations. Les leçons de fierté que j'en ai reçues dans mon enfance ont agi sur moi toute la vie. Je dois tout à ma mère. Je suis d'avis que la bonne ou la mauvaise conduite à venir d'un enfant dépend entièrement de sa mère ».

On a placé le Duc de Reichstag à côté de son père sous le dôme doré des Invalides ; j'estime qu'il y manque un troisième personnage de marque, comme le plus digne de compléter cette illustre trilogie, c'est Madame Mère, Lœtitia Ramolino, la mère de l'Empereur.

En cherchant bien dans nos souvenirs, nous pouvons encore, à l'appui de notre thèse, citer :

Saint-Augustin qui, comme le rappelle Ch. Fiessinger « parle de sa mère avec une tendresse incomparable et dont la mort lui inspire des accents d'une émotion déchirante » ; Bacon qui, a-t-on dit, avait l'esprit de sa mère ; Fontenelle qui écrivait : « je lui ressemblais et je me loue en le disant » ; Leibniz dont la mère « honora son veuvage en se consacrant uniquement à l'éducation de ses enfants et qui exerça, dit-on, une influence morale très marquée sur le caractère de son fils » ; Jacques Callot qui, en mourant, dit à son entourage de lui donner des nouvelles de ses chers parents, éloignés de lui. Il lui fut répondu : « appelez à vous tout votre courage. Je vous apporte leur bénédiction suprême ».

Ampère écrivait à un ami, après la mort de sa mère : « Mon ami, qu'est-ce que mon intérieur sans ma pauvre mère. En rentrant chez moi, quelle douceur indéfinissable de la voir, de l'entendre parler ; toutes ses paroles me reviennent en mémoire, je ne la verrai plus, je ne l'écouterai plus. Il y a sur mon cœur

Il faudrait envisager aussi dans quelle mesure un terrain neuro-endocrinien préalable peut favoriser l'éclosion des troubles qui nous occupent. Il est juste de dire que, dans certains cas, le trouble psychique, tout en restant déterminant, semble exercer son action sur une dysendocrinie antérieure. Ainsi s'explique sans doute que les mêmes facteurs nerveux puissent avoir des conséquences opposées : amaigrissement dans certains cas, engraissement dans d'autres.. Mais plus souvent encore c'est le terrain psychique qui paraît fondamental. Et les cas restent nombreux dans lesquels aucune prédisposition particulière ne paraît pouvoir être invoquée, notamment lorsque le dérèglement endocrinien suit des émotions accidentelles comme celles qu'a fait naître la guerre.

Mais, en rédigeant ce travail, notre but était surtout de rappeler aux médecins que l'association de troubles psychiques et endocriniens ne doit pas faire invoquer seulement l'action des dérèglements hormonaux sur l'équilibre mental. Il faut également penser au processus inverse : le facteur psychique peut être initial, et tenu alors pour responsable des symptômes endocriniens. Il arrive même que l'origine psychique doive être recherchée alors que les circonstances et le comportement des malades ne la font en rien soupçonner : tel est certainement le cas de nombreuses anorexies mentales, que l'on voit attribuer communément à une altération hypophysaire primitive, au grand préjudice des malades.

Il n'est pas besoin d'insister, en effet, sur les conséquences thérapeutiques qui découlent de ces notions. Certaines aménorrhées, accompagnées d'engraissement ou d'amaigrissement, guérissent par l'isolement et la psychothérapie, alors que tous les traitements hormonaux étaient antérieurement demeurés vains. Là encore l'exemple des anorexies mentales reste le plus frappant.

Il faut reconnaître cependant, qu'en dehors de ce cas particulier, la thérapeutique psychiatrique n'enregistre pas constamment des succès éclatants. La raison en est, d'abord, que tous les dérèglements psychiques ne sont pas curables. Il apparaît en outre que, dans les cas anciens, les troubles endocriniens peuvent devenir irréversibles et se montrer définitivement rebelles à tout traitement psychologique.

Ces faits montrent simplement, avec une particulière évidence, combien profondes peuvent être les conséquences de certains facteurs psychiques primitifs sur les fonctions somatiques. Mieux que tous autres, ils font saisir le passage du « fonctionnel » à l' « organique », et affirment les rapports étroits du moral et du physique, sur un plan que les données histo-physiologiques modernes peuvent éclairer de façon tout à fait satisfaisante.

Dans les cas de ce genre, tout semble se passer en effet comme si les hormones n'avaient que la valeur *d'intermédiaires chimiques*, dont l'entrée en jeu serait subordonnée, avant tout, à l'activité des centres nerveux diencéphaliques. Des influences émotives ou psychologiques, en altérant le fonctionnement de ces centres, pourraient troubler par contrecoup les sécrétions hormonales. Ne voit-on pas de même une émotion, le retour à la conscience d'une idée obsédante, ou n'importe quel excitant conditionnel, engendrer des spasmes œsophagiens, gastriques ou vésiculaires, déclencher ou inhiber la sécrétion de salive, de suc gastrique ou de sueurs ? Ne peut-on même concevoir que le trouble fonctionnel ainsi provoqué puisse être suivi secondairement d'altérations de structure des tissus endocriniens, dont de nombreux faits anatomocliniques et expérimentaux montrent l'extrême labilité ?

Il apparaît, en tous cas, que des dérèglements psychiques primitifs doivent entrer en ligne de compte dans l'interprétation étiologique de maints troubles endocriniens, passagers ou prolongés, curables ou irréversibles.

COURS ET CONFÉRENCES

Les greffes de glandes génitales (1)

Par Ch. CHAMPY

J'examinerai dans cette conférence la greffe des glandes génitales, d'abord du point de vue physiologique, et seulement ensuite du point de vue thérapeutique. Ce dernier point de vue ne saurait en effet être utilement envisagé sans une connaissance précise des données biologiques.

Il convient donc d'abord de préciser ce qu'on entend par une greffe. E. Gley, distinguait la greffe vraie qui comporte une *vascularisation complète* de l'organe greffé et le *transplant* dans lequel il n'y a pas de connexions vasculaires nouvelles.

(1) Leçon faite le 22 avril 1942 (Actualités thérapeutiques, Institut de thérapeutique).

---

un poids qui m'écrase : 1809 » ; Raspail lui-même, qui fut à la fois un grand savant et un grand tribun, et dont la vie ne fut qu'un long combat où les découvertes alternaient avec les mois d'emprisonnement, « Raspail adorait sa mère ».

La mère de Savorgnan de Brazza aimait à répéter au sujet de son fils : « Laissez-le. Ne savez-vous pas qu'il a toujours à ses côtés un ange gardien ».

Ary Scheffer, qui a montré l'élévation de son caractère et la noblesse de ses sentiments en refusant d'être candidat à l'Académie des Beaux-Arts tant qu'Eugène Delacroix ne serait pas élu, et cela malgré les instances de M. Ingres qui lui assurait le succès, ne se lassait pas de dire : « qu'il devait à sa mère, femme supérieure, le culte du Beau et celui du Bien qu'il déclarait inséparables ». (Fougerat).

Hugo, le plus pur génie des Lettres françaises, qui a passionnément aimé son père et ses enfants, avait une prédilection pour sa mère qui lui a inspiré ces très beaux vers :

« Je vous baise, ô pieds froids de ma mère endormie ! »

et plus loin :

« Car, j'aperçois toujours, conseil lointain, lumière,
« Dans le bruit, dans le vent orageux qui m'emporte
« Dans l'aube, dans la nuit, l'œil de ma mère morte ».

Albert Ier, prince de Monaco, dont la vie fut si utilement remplie et que la science ravit aux emprises mondaines, écrit lui-même : « Durant ma première enfance, ma mère, une femme vraiment bonne, car jamais sa bouche ne prononçait une parole cruelle, a ouvert mes yeux sur la misère du corps ; elle me montrait celle-ci tous les jours dans les chaumières de Marchais où sa mémoire demeure vivante et vénérée ». Et plus loin, après une de ses nombreuses croisières : « Ma pensée chercha dans une tombe cette créature faite de limon que la vie emprunte à la terre et mes lèvres tremblèrent en prononçant son nom ; tout ce qui reste d'elle parmi nous » !

Henri de Lacaze-Duthiers avait, au dire de Pruvot, pour sa mère un culte profond et une tendresse délicate ; il en donnera la mesure quand, nommé professeur à l'autre bout de la France à Lille, au grand émoi de la pauvre femme de le savoir si loin, il prendra vis-à-vis de lui-même et tiendra l'engagement de venir l'embrasser aux moindres vacances universitaires, malgré la modicité de ses ressources, la longueur et la fatigue du voyage en diligence, pour lui prouver que l'éloignement n'est pas tel qu'elle le croit ».

Enfin, je garde pour la fin, le nom du Chef vénéré de l'Etat français, du rénovateur de notre pays blessé, du Maréchal Philippe Pétain sur lequel Hugues Le Roux a écrit jadis ces phrases prophétiques que je tire de l'oubli : « Il tient pour la légende à placer sa brusquerie. Mais comme il la dément, le général Pétain, par toute la grâce de sa personne, par le sourire de cette paire d'yeux bleus que, bien sûr, il a pris à sa mère, car ces grands meneurs d'hommes sont toujours les *fils de la femme* ».

***

Et pour terminer, une mention spéciale doit être réservée à Pasteur dont nous citerons les nobles paroles, les plus belles qui aient été écrites par un fils à la mémoire de ses parents : (Discours de Dôle, 1883) :

« Oh ! mon père et ma mère ! Oh mes chers disparus qui avez si modestement vécu dans cette petite maison, c'est à vous que je dois tout.

Tes enthousiasmes, ma vaillante mère, tu les as fait passer en moi. Si j'ai toujours associé la grandeur de la France à la

L'organe greffé peut vivre d'une vie normale et prolongée : au contraire l'organe transplanté survit un certain temps, nourri par la lymphe interstitielle, peut déverser dans cette lymphe et par elle dans le sang les produits qu'il élabore, mais il subit une dégradation progressive de sa structure et finit par s'altérer et mourir. Si on s'en tient à cette sévère critique, on constate qu'on aurait fait bien peu de greffes véritables de glandes génitales.

Cependant, tout en conservant cette distinction qui vaut surtout quant à la pérennité des greffes et à leur caractère définitif, on peut réunir les expériences de greffes et celles de transplantation parce que la plupart du temps elle s'attaquent aux mêmes problèmes physiologiques et thérapeutiques.

Depuis les expériences anciennes de Bizzozero (1868), de nombreux auteurs ont tenté des greffes de glandes génitales chez toutes sortes de Vertébrés, surtout pour étudier l'action endocrine de ces glandes. Les questions hormono-sexuelles ont évolué si vite que la plupart de ces expériences n'ont plus guère qu'un intérêt historique et je ne puis ici le passer en revue. Cette revue a été faite assez récemment par R. May et ceux que cette question intéresse pourront s'y reporter. Il semble aujourd'hui possible de faire une œuvre de revue générale et critique à laquelle je m'arrêterai plutôt.

Les glandes génitales ne se comportent pas du tout de la même façon vis à vis des traumatismes selon le groupe des Vertébrés auquel on s'adresse.

Le testicule du Mammifère est extrêmement sensible à toutes les influences traumatiques de sorte que la spermatogénèse s'arrête pour des traumatismes en apparence assez légers, tels que retournement de la vaginale ; ectopie expérimentale, castrations partielles, ligature du canal déférent (Ancel et Bouin, Lipschutz, etc.) Or la spermatogénèse est chez un animal adulte, ayant une hypophyse normalement gonadotrope, *le signe le plus certain d'un fonctionnement normal* de l'organe. Sans doute existe-t-il un effet hormonal sans qu'elle soit présente ainsi que toutes les expériences faites depuis trente ans le démontrent. C'est parfaitement indiscutable, mais cet effet hormonal n'est sans doute jamais tout à fait normal.

Au contraire, chez les Oiseaux et les Batraciens (les Reptiles ont été peu étudiés à cet égard, mais se conduisent sans doute de la même manière) la spermatogénèse est beaucoup moins fragile et elle continue dans des petits fragments de testicule très traumatisés ou y reprend secondairement. J'ai personnellement une certaine expérience des castrations d'Oiseaux et de Batraciens, c'est une opération plus difficile qu'on ne croit, non pas tant à cause des difficultés de la technique opératoire, qu'à cause de la facilité avec laquelle le moindre fragment de glande laissé en place reprend et régénère assez vite un nodule imposant. Chez un coq adulte où le testicule est fragile et assez diffluent, la rupture de l'organe entraîne presque toujours la chute de fragments minimes dans la cavité péritonéale et ces fragments se greffent avec la plus grande facilité.

Quelquefois, on observe des régénérations après des opérations qui semblaient devoir donner toute sécurité. C'est beaucoup plus fréquent encore chez les Batraciens (grenouille ou triton) où cependant l'opération est techniquement plus facile. C'est qu'il existe souvent en dehors du testicule organe, soit vers le canal déférent, soit au niveau de la surrénale, parfois du rein, chez les Batraciens (Mèves) des cellules sexuelles aberrantes qui passent tout à fait inaperçues et qui régénèrent aussitôt la castration. Ce sont ces régénérations faites à partir de petits fragments qui *prennent* c'est-à-dire se vascularisent le mieux. Ceci est une indication sur les conditions à réaliser pour faire de véritables greffes.

Chez le coq, nous avons essayé souvent de greffer *in situ*, ou hors position, des fragments testiculaires que nous avons surveillés par des laparotonies itératives. Les fragments un peu gros commencent par se résorber et se résorbent souvent tout à fait, ayant un effet hormonal temporaire et relativement médiocre, quant à leur taille. Au contraire, de petits débris reprennent bien et se vascularisent. Il semble que dans tous les cas, ces petits fragments deviennent d'abord spermatogénèses tant que la vascularisation n'est pas établie. Ensuite la spermatogénèse y reprend *mais seulement dans les fragments greffés dans la sphère génitale. Les* fragments greffés sous la peau, dans les muscles, peuvent survivre quelques temps (deux à trois mois chez des canards) mais je n'ai jamais vu la spermatogénèse y reparaître.

Cette sphère génitale doit être comprise de façon assez large. C'est la région testiculaire. Mais Goodale, Pezard avaient déjà remarqué dans les premières expériences qu'on peut, après une castration imparfaite, retrouver des fragments greffés sur l'intestin, et Pezard en avait conclu que les connexions nerveuses du testicule n'étaient pas nécessaires à son effet endocrine qui se trouve conservé dans ces cas. J'ai observé souvent des fragments greffés sur le foie, l'intestin, le péritoine mais une dissection soigneuse montre que dans ces cas il y a toujours *des adhérences* qui relient le fragment au moignon testiculaire. Il est fréquent que des petits fragments de tissu tombent au cours d'une opération mal faite dans la cavité péritonéale. Or c'est seulement *ceux qui sont près du moignon* testiculaire et qui lui sont reliés par des adhérences qui prennent et persistent spermatogènes. Dans trois ou quatre expériences, j'ai essayé sur de tels fragments retrouvés à une laparotomie itérative, de rompre les adhérences qui les reliaient au moignon, tout en leur laissant les connexions vasculaires qu'ils avaient avec le péritoine. Trois mois après ils étaient résorbés et réduits de cicatrices fibreuses.

Les expériences de Ponse chez le crapaud que j'ai moi-même répétées chez la grenouille parlent dans le même sens. Chez un animal préalablement bien castré, on injecte un broyis assez grossier et tamisé de testicule dans la cavité péritonéale.

---

grandeur de la Patrie, c'est que j'étais imprégné des sentiments que tu m'avais inspirés.

Et toi, mon cher père, dont la vie fut aussi rude que ton rude métier, tu m'as montré ce que peut faire la patience dans les longs efforts. C'est à toi que je dois la ténacité dans le travail quotidien. Non seulement tu avais les qualités persévérantes qui font la vie utile, mais tu avais aussi l'admiration des grands hommes et des grandes choses. Regarder en haut, apprendre audelà, chercher à s'élever toujours, voilà ce que tu m'as enseigné. Je te vois encore après la journée de labeur, lisant le soir quelque récit de batailles d'un de ces livres d'histoire contemporaine qui te rappelaient l'époque glorieuse dont tu avais été le témoin. En m'apprenant à lire tu avais le souci de m'apprendre la grandeur de la France ».

***

Si la production des grands hommes en série est bien irréalisable et ne se conçoit pas par standardisation, même avec l'application de méthodes modernes plus ou moins artificielles, il n'en reste pas moins, comme nous venons de le voir, que la première empreinte sur le cerveau du jeune enfant est une *empreinte maternelle.*

Il y a un accord tacite entre la mère et l'enfant puisque, parvenu au faîte de la gloire, le grand homme revient sans cesse sur ses parents, en dehors des exceptions que nous avons relatées, sur leur rôle dans la formation première de son esprit, dans le dévedéveloppement harmonieux de ses qualités morales et sociales où notre grand confrère Ch. Fiessinger retrouvera avec plaisir la justesse de sa doctrine, de sorte que si Gabriel Hanotaux a pu écrire que si l'éducation tend à faire des hommes, la pédagogie moderne des hommes instruits, personne n'a pu entreprendre de faire des hommes utiles, je lui répondrai : pardon, mon cher maître, il y a la mère qui reste toujours la sainte du foyer et la gardienne de la race.

Tout grand homme se reconnaît dans sa mère : c'est elle la semeuse d'héroïsme, de beauté et de grandeur morales ».

Jusqu'à la fin, le fils entoure sa mémoire du culte le plus fervent et ne prononce son nom qu'avec respect. Le dernier mot d'un soldat mourant n'est-il pas celui de maman ! Très tard, il cite encore les paroles qui ont bercé son enfance et soutenu ses premiers pas.

Je ne vois qu'un pendant à ce culte de la mère, c'est la dévotion au pays natal, où suivant la belle expression de Barrès « souffle l'esprit ».

Dr F. Cathelin.

Trois mois après, on trouve des petits fragments greffés, *mais seulement dans la région testiculaire.* Qu'y a-t-il là qui favorise la greffe avec spermatogénèse ? On ne peut penser qu'à une innervation spécifique, comme l'a pensé pour la première fois Herlitzka, et cette idée est confirmée par la rapidité reprise des greffons au contact du moignon ou de débris d'albuginée.

Quant aux greffes hétérotopiques sous la peau, dans la crête, dans le muscle, je m'en suis beaucoup servi pour étudier leur effet endocrine qui persiste un certain temps, mais je ne les ai jamais vues devenir spermatogènes et je ne les ai jamais vues persister au delà de six mois dans les cas les plus favorables.

Il est important de noter que ces greffes ne prennent facilement que chez des castrats. La greffe ne se produit pas chez un mâle normal. Si on sépare un petit fragment de testicule sans enlever le reste, et qu'on le greffe sur la surrénale (où les greffes prennent bien chez le chapon) il ne prend pas.

Il faut pour que la greffe prenne, *l'appel à la régénération* qui provient de l'insuffisance fonctionnelle de la glande principale.

Ceci se conçoit aisément, si on considère l'expérience suivante que j'ai faite autrefois sur la grenouille. Si on enlève un testicule, un testicule 1/2, le résidu restant, subit très vite (en trois mois) une hypertrophie qui l'amène à un poids voisin de la masse primitive des testicules, *c'est l'hypertrophie ou régénération compensatrice.* Si chez un mâle normal on introduit dans les sacs lymphatiques dorsaux, une masse importante (la valeur d'un testicule) de tissu testiculaire, les testicules subissent une atrophie très sensible comme si une certaine quantité seulement de testicule était possible dans un organisme donné. Nous comprenons mieux cette expérience aujourd'hui que nous connaissons l'équilibre testiculo-hypophyse et par conséquent le facteur qui intervient. Elle fait comprendre pourquoi une certaine insuffisance du testicule est nécessaire à la reprise des greffons. L'idée de créer une *hypergénitalité* par des greffes surajoutées à un mâle normal est biologiquement absurde.

Dans tous les cas auxquels je viens de faire allusion (sauf les expériences sur les Batraciens), il s'agit d'auto-greffes, c'est-à-dire de greffes empruntées à l'animal lui-même.

J'ai réussi chez les oiseaux des homogreffes — entre animaux de même famille (frères et sœurs) — ou du moins je crois les avoir réussies, car la facilité avec laquelle on fait chez un castrat des auto-greffes involontaires doit rendre un esprit averti très sceptique sur l'authenticité de la souche cellulaire étrangère du résidu qu'on retrouve plus tard. Enfin les nodules étaient là où j'avais placé les fragments étrangers et il n'y en avait pas ailleurs. Je n'ai jamais eu l'impression de réussite sûre de greffes d'une autre race de coq. Toutefois, divers auteurs disent l'avoir réussi (Berthold, Roxas, Guthrie, Grenwood).

Je dois avouer que je reste un peu sceptique, à cause des conditions que je viens de dire, sur l'authenticité et la prise de greffes véritables dans le cas des homogreffes et hors d'une même famille. Quant aux hétérogreffes — greffes empruntées à une autre espèce — elles se résorbent et meurent toujours rapidement.

Chez les Mammifères, je ne connais pas d'expériences de greffes testiculaires véritables, spermatogènes, ce qui s'explique par la fragilité du tissu testiculaire dans ce groupe. Je ne connais que des expériences de transplantation.

Si les travaux faits sur les oiseaux et les Batraciens sont les plus nombreux et surtout les plus caractéristiques et les plus sûrs, c'est non seulement à cause de la commodité d'obtenir de vraies greffes, mais à cause du nombre et de la variété des réactifs aux influences hormonales des glandes sexuelles qu'on trouve dans ces groupes. Chez eux cependant, les homogreffes empruntées à d'autres animaux de même espèce prennent certainement.

Il convient d'examiner sommairement la manière dont ces réactifs hormonaux se comportent vis-à-vis des greffes.

La crête du coq se dessèche chez le chapon. Elle est rétablie par une petite greffe de testicule (ou d'ovaire) de 0 gr. 50 environ , ceci quelle que soit la structure du régénérat. On en trouve de structures extrêmement variées avec ou sans spermatogénèse, avec ou sans tissu interstitiel. Cette croissance de la crête est due surtout à un tissu d'œdème spécial ou *tissu mucoïde*, qui disparaît complètement chez le chapon total. Ce tissu d'œdème paraît assez typique de l'action de l'hormone mâle dans des réactifs très divers : rouge du faisan, du dindon, papille pénienne, région prostatique des mammifères (R. Coujard) et des tritons.

Dans un certain nombre de cas, sa présence s'accompagne d'un relâchement remarquable du tonus des muscles lisses de la région : caroncule du dindon, sphincter lisse de l'urètre (Champy, Heitz-Boyer, Coujard).

Sur le système neuromusculaire de relation, les greffes testiculaires augmentent généralement le tonus et entraînent souvent un accroissement du volume des fibres : larynx (Calvet) muscles du bras de la grenouille, etc. Le tonus musculaire est, en général, aussi modifié d'où l'attitude plus dressée du coq comparé au chapon.

Un très grand nombre de glandes, endocrines ou non, sont sensibles à la sexualité. Le pancréas subit une régression de la glande exocrine par castration avec une augmentation des îlots.

Les surrénales, l'hypophyse s'hypertrophient par castration. D'une façon générale le castrat engraisse. Les greffons, suffisants pour maintenir la crête, ne le sont pas toujours pour rétablir ces glandes. Chez les mammifères, diverses glandes exocrines : les glandes anales, la parotide (Champy et Kritch), la sous maxillaire du rat (Lacassagne) sont influencées de la même façon.

Le fait que 0 gr. 50 de testicule suffit à maintenir la crête alors que les testicules pèsent de 20 à 30 grammes chez un coq normal, avait fait formuler par Pezard ce qu'il a appelé *la loi du tout ou rien* ou la notion de seuil. Il faut admettre alors qu'il y aurait des seuils différents pour les différents réactifs. Les injections d'hormones pures et un grand nombre d'expériences ont montré depuis qu'il n'y a pas en réalité de tout ou rien, notamment pour le tissu mucoïde (C. Champy). Avec 0 gr. 20 ou 0 gr. 10 de testicule, l'animal a une crête de taille analogue à celle d'un chapon, mais on y trouve encore de petits nodules de tissu mucoïde. Il reste vrai que la courbe de la croissance du réactif en fonction de la taille du greffon est une sorte de courbe en S, montant lentement de 0 à 0 gr. 25 de glande, rapidement de 0,25 à 0,50, puis plus lentement de 0,50 à 1 gramme ou 1 gr. 50 pour atteindre à ce moment un maximum en plateau.

Goodale et Pezard ont montré, et tout le monde a vu depuis eux, que le plumage du coq et des oiseaux en général n'est pas influencé par le testicule mais par l'ovaire.

On a montré depuis que le mode d'action des hormones sexuelles est très analogue à ce que nous venons de dire chez les Mammifères quant au tonus neuromusculaire, aux glandes, etc. Dans certaines d'entre elles, notamment la prostate et les vésicules séminales, il y a une action sécrétoire véritablement spécifique.

L'action sur le tonus a paru évidente à Steinach et m'a paru aussi assez nette bien que difficile à mesurer ; l'absence de caractères mesurables crée une très grande gêne pour l'appréciation sûre. Cependant Voronoff aurait obtenu la croissance des cornes chez le bouc castré ce qui est un caractère spécifique asser sûr.

Que reste-t-il d'ailleurs du transplant après quelque temps étant donnée la fragilité du testicule ? De la critique des expériences de Lode, Goebell, Ribberts, Herlitz Ka, Foa, etc., de l'examen des figures données par Voronoff et Retterer, Thorek, il résulte que la plupart des transplants paraissent très vite réduits à des squelettes conjonctifs. Divers auteurs se sont attachés à y montrer des cellules interstitielles dont la présence serait pour eux caractéristique de l'effet endocrine. Ce n'est pas exact : des cobayes porteurs de fistules déférentielles anciennes, dont le testicule est réduit à des cellules interstitielles d'ailleurs abondantes, n'ont pas de caractères sexuels. Cela ne prouve pas que le tissu interstitiel ne participe pas en d'autres conditions à la sécrétion hormonale, mais j'ai montré par ailleurs, qu'il serait tout à fait exagéré d'en faire la seule source d'hormone. Cela prouve seulement qu'il ne suffit pas qu'il y ait tissu interstitiel pour qu'on puisse

conclure à un état hormonal suffisant. Au reste les figures données par les divers auteurs ne montrent le plus souvent qu'un tissu interstitiel dont l'aspect histologique me paraît des plus inquiétant, quant à sa valeur fonctionnelle, sinon tout à fait concluantes dans le sens opposé.

Quant aux transplants empruntés à une autre espèce animale, aux hétérotransplants quels que soit l'artifice employé, ils ne peuvent devenir des greffes et dégénèrent plus rapidement que les homotransplants. Je ne connais pas d'expériences sûres montrant une influence hormonale de quelque durée de tels transplants testiculaires. Il peut y avoir une influence courte, mais des transplants de glandes endocrines tirées par l'alcool en ont une aussi. D'autre part, les dangers d'intolérance sont certains. Toutefois, les expériences faites avec d'autres glandes endocrines thyphoïde ou hypophyse, montrent que les hétérotransplants peuvent avoir une action endocrine très passagère.

Si la question des greffes se solde par un bilan modeste, mais positif, les transplants ont permis toute une série d'expériences qui ont donné la certitude qu'ils conservent une certaine influence hormonale, malgré leur vie précaire et l'absence de spermatogénèse. Chez les Batraciens, où ils sont assez faciles, les conditions de nutrition des animaux ont une telle influence sur l'état des réactifs aux hormones sexuelles que la critique des résultats entraînerait à des digressions trop longues.

Mais chez les oiseaux et les Mammifères, on obtient aisément tous les effets hormonaux avec des transplants non vascularisés. Obtient-on des effets normaux ? C'est fort difficile à affirmer de prime abord, car pour ce qui est du testicule, les expériences sur les oiseaux montrent qu'il suffit de très petites quantités de substance testiculaire (0 gr. 50 environ chez le coq alors que les testicules pèsent 20 à 25 grammes) pour maintenir un effet hormonal total sur la crête. Or les transplants non vasculaires sont toujours beaucoup plus gros.

De toute mon expérience, il résulte que les transplants, hétérotypiques sont bien moins actifs que le testicule spermatogène. Ainsi un fragment d'environ 1 gramme de testicule introduit dans le barbillon d'un chapon provoque la rougeur des deux barbillons (sans doute parce qu'il y a une diffusion locale) mais un effet seulement partiel sur la crête. Or en bonne place, un greffon vrai spermatogène ou non, produit un effet plus intense entre 0 gr. 30 et 0 gr. 50. De plus l'effet du greffon hétérotopique s'affaiblit après quelques semaines et disparaît.

Chez les Mammifères, les transplants montrent une action certaine sur le tractus génital, mais une action généralement sous-normale et de faible durée.

L'ovaire semble plus favorable à la greffe et à la transplantation que le testicule par sa moindre fragilité. Les expériences sont aussi plus faciles. En effet, l'action du testicule est indiscernable quand elle n'est pas au voisinage de ce maximum d'effet d'ailleurs assez vite atteint. Pour les hormones ovariennes, les actions légères sont au contraire plus aisément perceptibles.

Chez les Oiseaux, les greffes vraies d'ovaire sont aussi faciles à réaliser — nous parlons d'autogreffes — que celles de testicule. Les conditions générales : zone génitale, abaissement préalable du taux génital — sont les mêmes. Les résultats hormonaux sont particulièrement intéressants à analyser car l'oiseau possède des réactifs remarquables. Sa crête, son oviducte, sont des réactifs d'une action excitatrice de l'hormone mâle et de la folliculine. Son plumage, son ergot, sont des réactifs, d'une sensibilité extrême, de l'action inhibitrice des hormones sexuelles, puissante surtout dans l'hormone femelle en folliculine.

On sait depuis Goodale et Pezard que la castration entraîne la poussée d'un plumage masculin et qu'un petit greffon ou régénérat ovarien suffit à rétablir le plumage femelle.

Les transplants ont des actions variables selon leur structure.

L'action inhibitrice est très sensible avec des fragments d'ovaire à petits ovocytes ou sans ovocytes du tout. On l'obtient toujours avec des transplants hétérotopiques ou les ovocytes persistent longtemps, mais ne grossissent pas. La sensibilité des plumes en poussée permet d'apprécier combien cette action dure peu avec les transplants ectopiques.

Au contraire, l'action sur la crête, sur l'oviducte, ne se manifeste que s'il existe des ovocytes déjà gros. Un seul ovocyte mûr a pu maintenir dans un cas ces deux caractères. Il arrive qu'un ou deux ovocytes mûrs sont chez certains oiseaux, chez le faisan par exemple, suffisants pour maintenir l'oviducte et aient une action inhibitrice insuffisante sur le plumage d'où ce paradoxe : une faisane qui se masculinise au moment où elle pond. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans le détail de cette physiologie hormonale assez complexe, mais l'étude des greffes et des transplants, ceux-ci un peu plus durables que dans le cas du testicule, a beaucoup contribué à l'éclairer.

Chez les Mammifères, l'ovaire se prête mieux à la transplantation ainsi que le testicule (Steinach). Il y a des milieux plus favorables où les transplants ovariens baignent dans une lymphe plus abondante se conservent mieux : ainsi Sand a montré que les transplants intratesticulaires avaient une durée et une action hormonale plus grande et il a obtenu ainsi des mâles à mamelles développées et à lactation assez abondante. Dans la chambre antérieure de l'œil, les transplants ovariens se conservent également longtemps et se montrent actifs. Ces transplants conservent une structure histologique normale et en bonne condition, il s'y produit de nouvelles évolutions de follicules de Graaf (May).

La différence entre les cas de l'ovaire et du testicule est donc remarquable et on n'y a pas peut être prêté assez attention. Dépend-elle d'une structure histologique des éléments ovariens eux-mêmes ? Cela semble peu probable : en d'autres expériences, ils se montrent souvent aussi fragiles que la spermatogénèse. Cela semble dépendre du fait que les premiers sont suffisamment complets encore pour réagir aux hormones gonadotropes de l'hypophyse et qu'on emporte en eux un mécanisme qui manque dans les fragments testiculaires. Là encore l'attention est attirée sur le système nerveux, notamment sur le sympathique. L'ovaire renferme des cellules ganglionnaires que l'on ne trouve pas dans le testicule : peut être est-ce là une cause de la différence : en tous cas l'ovaire paraît plus favorable que le testicule à des essais de greffes thérapeutiques.

Si je me suis étendu longtemps sur la partie physiologique, c'est que la partie proprement thérapeutique semble devoir être assez brève ?

On a tenté souvent chez l'homme de prétendues greffes testiculaires pour rajeunir suivant la suggestion de Steinach. La publicité qui a entouré ces essais les a rendus populaires mais un peu suspectes aux milieux scientifiques.

En fait, on n'a jamais fait chez l'homme plus que chez les autres mammifères, de *greffes* de testicule mais seulement des *transplants*. C'est-à-dire qu'on ne peut prétendre à des résultats prolongés. L'annonce de résultats durables avec des transplants hétéro-spécifiques rend des plus suspects, à tout esprit scientifique, la valeur des observations chimiques qui les veulent démontrer.

Les transplants peuvent avoir un effet hormonal appréciable chez un individu qui présente une insuffisance hormonale, mais jamais un effet ni intense ni prolongé — et on ne voit pas l'avantage qu'une thérapeutique par greffe peut avoir actuellement que nous sommes en possession d'hormones injectables et dosables. On n'en verrait qu'un — possible — c'est qu'il y ait d'autres hormones sexuelles, d'autres actions endocrines du testicule que celles que nous connaissons, ce qui est après tout bien possible, mais pas démontré du tout. Quant au rajeunissement, c'est un mythe. L'hormone mâle a certainement une influence sur le tonus neuro-musculaire. Ainsi que nous l'avons montré, Heitz-Boyer, Coujard et moi, elle a une action remarquable sur le tonus des muscles lisses et peut pour cela combattre une affection particulièrement pénible de la vieillesse, la dysurie des prostatiques, mais la vieillesse elle-même est une autre affaire et dépend de bien d'autres facteurs notamment de facteurs nerveux vis-à-vis desquels nous sommes désarmés. Si les moyens hormonaux indirects comme les greffes ou les ligatures de Steinach ont pu avoir un certain intérêt à une époque où on ne pouvait employer les hormones, cet intérêt est maintenant historique.

L'exagération des résultats attribués aux greffes de testicule leur a sans doute enlevé même la valeur modeste de moyen précurseur disparu devant les moyens meilleurs, valeur qu'a eue certainement, entre diverses mains au moins, l'opération de Steinach.

La grande cause d'erreur dans les observations faites sur l'homme est l'effet psychothérapique d'une opération, effet d'autant plus efficace qu'elle est proposée avec un sens de la persuasion plus précis.

En matière de questions génitales mâles cet effet psychologique est tellement connu des médecins que nombre de chirurgiens ont conseillé après castration, l'introduction d'un testicule en argent, en aluminium, ou en ébonite dans les bourses (Picque, Morestin, etc...)

La nature du matériau n'a d'importance qu'en regard, du fait qu'il est plus ou moins bien toléré. Il paraît en tous cas, que les résultats psychothérapiques de cette prothèse testiculaire sont bons. La psychothérapie joue donc un rôle capital en la matière.

Je m'en voudrais d'enlever aux malades greffés depuis quelques temps les illusions bienfaisantes qu'ils pourraient conserver, s'ils n'avaient maintenant, avec les hormones pures, un moyen beaucoup meilleur de lutter contre les insuffisances hormono-endocrines.

L'emploi thérapeutique de greffes ovariennes se présente mieux que celui des greffes testiculaires. Il y a dans les hormones ovariennes, une complexité et aussi un métachromisme d'action qui rendent plus délicat l'emploi de préparations hormonales pures et il y a sans doute encore des actions hormonales ovariennes peu connues ou mal connues. Comme les transplants ovariens ont une vie moins précaire que les transplants testiculaires et une évolutivité certaine pendant un temps, ils peuvent être tentés pour pallier par exemple aux effets de la castration ovarienne d'autant qu'il s'agit là d'autotransplants. J'en ai vu entre les mains de Douay, des résultats cliniques extrêmement remarquables à une époque où l'emploi des hormones n'était pas encore possible et je pense que ces transplants sont encore à tenter parce qu'ils ont une action assez prolongée et assez progressivement dégressive pour permettre à la femme de passer sans trop d'inconvénients de l'état sexuel normal à l'état d'asexualité et d'y passer par des transitions insensibles. Ils peuvent assurer, en somme, une ménopause post-opératoire sans incident.

Même dans le cas de l'ovaire, je ne conseillerais pour ma part, en aucun cas, une hétérogreffe. Les avantages n'en compenseraient pas les inconvénients.

On voit que dans l'état actuel de nos connaissances, l'utilisation thérapeutique des greffes génitales est maigre, mais les greffes et les transplants ont joué dans le débrouillage de l'endocrinologie génitale un rôle de premier plan que je n'ai fait qu'esquisser et qui n'est peut être pas encore terminé. Cependant chaque fois qu'on arrive à la préparation chimique des hormones, on a un moyen thérapeutique qui éclipse tous les autres et c'est ainsi qu'il en est pour les glandes génitales.

Le système réticulo-endothélial, par Marcel POUMAILLOUX, 88 pages, 25 francs. L'Expansion Scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VI[e]).

On trouve dans cette monographie, qui reproduit une série de conférences données à l'Hôpital Laënnec, l'essentiel de l'anatomie et de la physiologie du système réticulo-endothélial, avec une conception personnelle qui en facilite grandement la compréhension, une revue de la participation du système dans l'ensemble de la pathologie, les « maladies par surcharge » et les proliférations propres des éléments du système, enfin dans un dernier chapitre un certain nombre de vues nouvelles, sur le rôle essentiel que le système réticulo-endothélial paraît jouer dans quelques maladies.

Les maladies de la disette, par le Docteur Henri BOUQUET. Un volume in-18 jésus. Prix : 23 francs. Flammarion, Paris.

« Nous subissons la disette, écrit le Docteur Bouquet, mais non la famine. » Or, dans la disette elle-même, il y a des degrés. Et il dresse « le bilan de ce que la situation actuelle coûte à notre santé, ou même est susceptible de lui coûter plus tard.

Ecrit d'une plume aisée et diserte, ce livre est de la plus haute actualité.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Les enseignements d'une statistique portant sur 174 perforations d'ulcères gastro-duodénaux

La statistique de M. Ch. Lenormant (*Presse Médicale*, 8 août 1942) va de janvier 1920 à fin juin 1942.

Elle ne montre pas que les perforations ulcéreuses soient plus fréquentes dans les mois de printemps et d'été comme on l'a prétendu. L'influence du sexe est confirmée une fois de plus : 11 femmes seulement sur 174 cas ; c'est toujours entre 30 et 50 ans que la perforation présente son maximum de fréquence, pour devenir plus rare ensuite, mais sans disparaître complètement chez les vieux.

La spontanéité de la perforation reste la règle, les causes occasionnelles (traumatisme, absorption de bouillie barytée n'étant signalées que trois fois.

La statistique de Lenormant n'envisage pas les premiers mois de la guerre, mais fait ressortir que les perforations sont devenues plus rares, peut-être par suite des modifications du régime alimentaire et de la diminution de consommation des boissons alcooliques.

Quant au siège de l'ulcère, sur 188 cas : 49 ulcères du duodénum pour 120 de l'estomac.

Sur 98 observations, 84 fois des ulcères calleux, 15 fois seulement ulcération avec bords souples.

Le syndrome classique de la perforation ulcéreuse existait chez tous les malades : douleur immédiate, contracture dans tous les cas ; pneumopéritoine moins constant.

Chez 29 malades, vomissement, donc moins rares qu'on ne l'a prétendu, mais signe sans grande valeur, dit Lenormant.

Sur 174 malades opérés, 43 sont morts ; le résultat dépend de la rapidité de l'intervention ; elle est plus grande aujourd'hui qu'autrefois, le diagnostic étant fait plus précocement.

Les suites éloignées n'ont pu être constatées que chez 42 malades sur 174 opérés : 20 restent parfaitement guéris ; 9 présentent encore quelques troubles digestifs ; 13 ont été réopérés.

Anomalies de diffusion de la gale

La diffusion actuelle de la gale a permis à MM. Gaté, Cuilleret et Coudert (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 juillet 1942) de faire quelques recherches sur les modes de contagion. En dehors du rôle des femelles fécondées transmettant l'infection seulement à l'occasion d'une cohabitation étroite, ils invoquent la diffusion de l'infection par les squames contenant des œufs et des larves abandonnées, en dehors du sillon classique, par des femelles errantes.

Traitement de l'angine de poitrine par infiltration du plexus aortique

M. Arnulf (*Presse Médicale* 15 août 1942) a pratiqué l'infiltration du plexus aortique chez deux malades atteints de crises subintrantes d'angine de poitrine ayant résisté au traitement médical et à l'action sur le stellaire, soit par infiltration novocaïnique, soit par stellectomie bilatérale.

Chez ces deux sujets malades, il a fallu plusieurs infiltrations du plexus aortique ; mais le résultat a été tel que ces deux sujets rendus infirmes par l'intensité des douleurs ont pu reprendre leur activité sociale.

Epilepsie et signes pyramidaux déficitaires

La recherche des éléments du syndrome pyramidal déficitaire, dit M. Barré (*Presse Médicale*, 15 août 1942) se montre fréquemment positive chez les sujets atteints de crises nerveuses qui peuvent ressortir à l'épilepsie. La présence de tel ou tel élément de ce syndrome permet en pratique de soupçonner fortement, sinon d'affirmer catégoriquement, le caractère organique et épileptique de la crise.

Chez des épileptiques avérés, les signes déficitaires se sont montrés positifs dans 65 pour 100 des cas.

La forme splénomégalique de la maladie de Besnier-Boeck

On connaît des formes osseuses, ganglionnaires, pulmonaires, etc. de cette maladie et même une forme splénomégalique dont MM. P. Savy, Croizat, Corcelle et Guinet publient un nouveau cas (*Le Journ. de médecine de Lyon*, 20 juin 1942).

Il s'agissait d'un malade sans lésion cutanée, mais porteur

d'une infiltration pulmonaire à type de pseudo-granulie froide et chez lequel s'installe une énorme splénomégalie descendant bien au-dessous de l'ombilic. En raison des accidents entérorragiques qu'elle détermina, on se décida à la splénectomie. Elle permit d enlever une rate de 4 kgs ; l'opération bien supportée eut une influence très heureuse sur l'état général du malade.

Les épistaxis de la maladie de Rendu Osler

Le traitement est le plus souvent décevant, dit M. Maspetiol (*Paris médical*, 30 août 1942). Les cautérisations cliniques ou ignées, l'électrocoagulation, l'étincelle froide ne donnent qu'une amélioration passagère. L'A a obtenu un très bon résultat par des injections sclérosantes, avec une solution de quinine et urée à 7,50 pour 100 au niveau de la cloison, après anesthésie par tamponnement à la cocaïne.

Cette injection n'a provoqué aucune réaction chez le malade qui présensait des épistaxis quotidiennes parfois même biquotidiennes. Guérison complète depuis six mois.

Le traitement anti-hémorragique ne semble pas indiqué puisqu'il n'y a pas de tares sanguines. L'emploi de la vitamine C peut être indiqué puisque, dans cette avitaminose, la fragilité des capillaires semble bien être l'élément capital.

G.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La névrite optique nicotinique

D'après les statistiques recueillies par MM. Weckers et Joiris (*Le Scapel*, 20 juillet 1942) les cas de névrite optique nicotinique auraient quintuplé en Belgique depuis la guerre. D'après ces Auteurs trois causes sont à l'origine de la névrite rétrobulbaire : le tabac, l'alcool et l'affaiblissement de l'organisme. Mais le tabac est l'agent indispensable ; tout affaiblissement général, de quelque nature qu'il soit, favorise l'action nocive du tabac sur le nerf optique et la rétine, en diminuant la résistance de l'organisme. L'alcool agit à la fois en diminuant la résistance générale et locale.

Le problème de la douleur au cours des affections gastriques

A. Mahlo (*Deut. med. Wochensch.*, 19 juin 1942), envisage ce problème toujours délicat — en particulier dans les collectivités militaires — et analyse, chemin faisant, les différents facteurs de la douleur gastrique en rapport avec leur étiologie.

Si les modifications de la muqueuse gastrique sont affirmées par nos différents moyens d'investigation, tels que la radiologie et la gastroscopie, elles peuvent rester sans rapport apparent avec l'intensité de la douleur lorsque leur maximum siège près de la séreuse. Inversement l'existence de lésions gastro-duodénales, généralement ulcéreuses, souvent cicatricielles, rend difficile l'appréciation de leurs rapports avec les doulcurs, surtout lorsqu'elles sont connues du patient. Le facteur personnel et le psychisme jouent en effet un rôle énorme et font que souvent la douleur ne peut être mise en parallèle avec le processus pathologique en cause.

Contribution à l'étude de l'encéphalomyélite du paludisme

J. van Laere (*Rev. belge des Sc. méd.*, n° 3, 1942) en fournit deux observations recueillies dans la même famille. La mère et la fille présentèrent au cours d'une tierce bénigne une encéphalomyélite d'allure assez comparable. Après une période de céphalée apparurent de la somnolence, une abolition des réflexes achilléens, un signe de Babnski bilatéral et des paralysies oculaires avec cependant une prédominance des signes de myélite chez la fille et des symptômes rappelant plutôt une ataxie cérébelleuse aiguë chez la mère,.

La quinine influença favorablement les troubles nerveux.

La question de savoir si les lésions des centres nerveux sont liées à la maladie ou à une affection concommitante, se pose toujours, mais l'auteur conclut de l'identité des lésions nerveuses constatées chez cet enfant avec celles mises en évidence par certains au cours du paludisme, en faveur de la première

Typhus transmis par transfusion sanguine durant l'incubation

L'observation rapportée par E. Dormanns et E. Emminger (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juin 1942) est unique et réalise une démonstration quasi expérimentale.

Il s'agissait d'un blessé, hospitalisé depuis cinq semaines, ampute de la cuisse droite, chez lequel on pratiqua une transfusion sanguine de 250 c. c. Onze jours plus tard survint une fièvre inexpliquée et le malade mourut. Seul l'examen histologique, ainsi que le séro-diagnostic de Weil-Félix dans le sang du cadavre, révélèrent le diagnostic.

Le donneur fit un typhus exanthématique typique trois jours après la transfusion et guérit.

Cette observation prouve, encore pour une nouvelle maladie, la possibilité de contagion par voie sanguine, ce qui démontre que le sang est vecteur de rickettsia virulentes durant la periode d'incubation. Ce mode d'infection ne semble pas modifier la durée de l'incubation (onze jours), semblable à celle de la maladie transmise par le pou.

L'infection tuberculeuse d'origine intestinale chez l'enfant

Si l'origine intestinale de la primo-infection tuberculeuse est bien connue du point de vue historique et se trouve vérifiée anatomiquement, elle n'en garde pas moins du point de vue clinique une place généralement fort restreinte.

Cammann *Mediz. Klin*, 17 juillet 1942) reprend son étude chez des enfants observes à la Clinique infantile de Berlin et fournit d'intéressantes statistiques comparatives. Parmi les jeunes sujets présentant une cuti-réaction positive, il préconise la recherche de la localisation primitive à l'aide de la prise de trois clichés systématiques : thoracique, abdominal et cervical, ces deux derniers pour mettre en évidence des ganglions calcifiés. En procédant ainsi le foyer de primo infection a été découvert dans 45 % des cas : 39 fois au niveau du thorax, 31 fois au niveau de l'abdomen et 10 fois au niveau du cou. La fréquence des dernières localisations peut encore augmenter par de nouvelles recherches 2 à 3 années plus tard, les calcifications pouvant ne pas être encore apparentes au moment de l'examen.

L'étude clinique de ces formes a montré qu'elles restaient le plus souvent silencieuses à part quelques rares formes aigues souvent opérées.

La porte d'entrée intestinale de la primo-infection tuberculeuse ne présente peut-être pas le caractère de bénignité que l'on a voulu lui attribuer, puisque, dans 10 % des méningites tuberculeuses, le complexe primaire fut retrouvé au niveau des ganglions abdominaux.

La stomatite aphteuse épidémique de l'homme

Cette maladie rare, liée à une contamination par le bétail, se développe après une incubation de deux à huit jours ; elle est caractérisée par l'apparition brusque de fièvre, de stomatite avec des vésicules siégeant sur la bouche et le pharynx et parfois sur le tronc, les mains, les muqueuses génitales et d'une inflammation de la matrice de l'ongle.

Mais elle peut s'accompagner de manifestations plus rares comme l'a observé F. v Nadosy (*Deut. mediz. Wochensch.*, 17 juillet 1942) telles que balanopostite, uretrite et conjonctivite consécutives à l'éruption d'aphtes sur ces muqueuses.

Dans la deuxième observation, on notait en outre une réaction de Wassermann fortement positive durant la maladie, qui redevint subpositive à la fin.

L'amélioration et la guérison furent rapides.

Erreurs de diagnostic dans l'insuffisance parathyroïdienne

Il s'agissait d'un homme de 43 ans qui fut soigné pour de la sciatique haute, des spasmes intestinaux allant jusqu'à la subocclusion de la dépression nerveuse. Le diagnostic ne fut rétabli, rapporte F. Holtz (*Deut. mediz. Wochesch.*, 17 juillet 1942), que par l'apparition d'une crise tétanique avec perte de connaissance durant cinq heures et par la constatation d'une hypocalcémie (5 mmg.) avec une cataracte du type endocrinien.

Les injections d'AT 10 firent disparaître la plupart des symptômes et remonter la calcémie au voisinage de la normale mais devront être vraisemblablement poursuivies.

G. LEDOUX-LEBARD.

INFORMATIONS

Assistance publique — Hôpitaux

Recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé. — Un concours sera ouvert le 9 novembre 1942 ; les épreuves écrites auront lieu à Paris et, éventuellement dans un centre de la zone non occupée qui sera indiqué par la suite. Les épreuves orales auront lieu à Paris.

Le nombre de postes mis au concours est de 45. Les inscriptions seront closes le 20 octobre 1942.

Le concours est ouvert aux candidats des deux sexes titulaires du diplôme d'état de docteur en médecine et du diplôme d'hygiène.

Paris. — Concours spécial pour la nomination à quatre places, de médecin des hôpitaux, le 19 octobre 1942. Inscription jusqu'au 5 octobre inclus.

Fontainebleau. — Concours sur titres le 24 octobre pour une place de médecin-adjoint. Inscription du 5 au 15 octobre.

Saint-Germain (Seine-et-Oise). — Concours pour une place de médecin phtisiologue, le 6 novembre. Inscription du 12 au 22 octobre.

Concours pour une place d'ophtalmologiste le 25 novembre. Inscription du 2 au 12 novembre.

Fondation Paul Marmottan. — Concours sur titres, le 22 octobre pour une place de chirurgien résident. Inscription du 5 au 14 octobre.

Melun. — Concours sur titres, le 28 octobre, pour une place de médecin chargé de la section de l'hospice. Inscription du 1er au 12 octobre.

Concours pour une place d'ophtalmologiste le 17 novembre. Inscription du 22 octobre au 3 novembre.

Provins. — Concours pour une place de chirurgien le 29 octobre. Inscription du 5 au 15 octobre.

Facultés — Ecoles — Enseignement

Paris. — M. Quénu, professeur de pathologie chirurgicale est transféré à dater du 1er octobre dans la chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : Professeur Lenormant).

M. Mondor passe à la chaire du Professeur Gosset. — M. Brocq à celle du Professeur Mondor.

Vie professionnelle

Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. — *Situation faite aux médecins volontaires pour la relève.* — Les médecins affectés à ces services prennent la place du relevé dont ils assurent le service selon le même régime de vie, mais il a été assuré qu'ils ne seront pas traités comme les autres prisonniers ; ils sont appelés à bénéficier d'un régime sensiblement différent : mesures de faveur au point de vue logement, service postal, etc...

Une ration alimentaire et deux étiquettes de colis supplémentaires seront distribuées.

Autorisation est accordée de promenades trois fois par semaine sous surveillance quasi inexistante : les rapports avec la population civile restent interdits.

Au point de vue pécuniaire, avantages sérieux. En plus de la solde et des indemnités, indemnité de 30 francs par jour pour les journées passées en France et de mission pour les journées passées en Allemagne, ces dernières étant de : 377 francs par jour pour colonels et lieutenants -colonels ; 357 francs par jour pour commandants et capitaines ; 266 francs par jour pour lieutenants et sous-lieutenants.

Toutes facilités pour délégation de solde.

Des voyages sont préparés en 1re classe par les soins du Val-de-Grâce et à la Direction du Service de santé.

M. le médecin inspecteur s'efforcera de donner satisfaction aux préférences relatives à la région et à l'exercice de la spécialité.

Naturellement, ces vues sont d'ordre général et peuvent varier selon les camps, suivant la façon dont le règlement peut être compris et appliqués par les commandants de camp.

Le séjour est fixé à un an.

Devant l'importance des mesures prises la Commission fait, de nouveau, un pressant appel en vue d'augmenter le nombre des volontaires déjà inscrits.

Au besoin des désignations d'office viendront compléter les effectifs nécessaires.

La solution est maintenant *urgente*.

Ecrire à l'Ordre national des médecins (Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers), 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe).

NÉCROLOGIE

Le Docteur Lucien HAHN. — Le Docteur Victor-Lucien Hahn est mort à Paris le 2 septembre. Depuis le grand deuil qui l'avait frappé en 1935, la maladie l'avait touché ; elle n'eut raison de son activité intellectuelle qu'en ces dernières semaines.

Fils d'un médecin militaire originaire d'Alsace, Lucien Hahn était né à Batna, le 16 septembre 1872. Dès la fin de ses études médicales, il s'orienta vers une carrière que son oncle, le Docteur Louis Hahn avait choisie et a illustrée.

Attaché en 1890, comme auxiliaire à la Bibliothèque de la Faculté de Paris, Lucien Hahn en fut nommé bibliothécaire en chef en 1920. Ainsi toute sa carrière — sauf pendant la guerre de 1914, où il fut médecin d'un groupe de brancardiers et décoré à ce titre — s'écoula dans cette bibliothèque de la Faculté où d'innombrables lecteurs ont bénéficié de sa science, de ses conseils et connu son exquise bienveillance.

Cette vie, consacrée au service de tous, fut aussi marquée de nombreux travaux. Des études de pathologie historique, des traductions d'ouvrages médicaux, la publications de multiples index bibliographiques fixent pour l'avenir le nom de ce grand travailleur qui a fidèlement servi le pays et la science.

A sa famille, à sa fille Madame le Docteur Astre-Hahn, à son fils, troisième de cette lignée de grands bibliothécaires, le *Progrès médical* dit sa respectueuse sympathie et toute sa tristesse.

ECHOS & GLANURES

Autour de Lamartine. — Le marquis de Luppé vient de publier sous le titre : *Les Travaux et les Jours d'Alphonse de Lamartine* (Albin Michel, éditeur) un livre qui, par les inédits qu'il comporte, éclaire de précisions importantes la biographie de Lamartine. Les curieux de l'histoire littéraire y trouveront ample matière pour discuter à nouveau sur Graziella, Julie Charles, le mariage tantôt affirmé, tantôt nié de Lamartine avec Valentine de Cessiat et les médecins pourront recueillir, à la lecture de ces pages, maintes notations sur l'état de santé de l'auteur du *Lac*.

Lamartine fut-il tuberculeux ? On l'a dit et M. de Luppé résume ainsi l'opinion des médecins :

« Candidat à la tuberculose » a dit un de ses historiens, le Docteur Babonneix. Tuberculeux, a dit le Docteur Benassis, qui a compté autour de lui un nombre impressionnant de cas : l'oncle François-Louis, éternel tousseur, que sa toux mènera jusqu'à près de quatre-vingts ans ; les deux sœurs d'Alphonse, Mme de Vignet et Mme de Montherot, mortes poitrinaires vers vingt-cinq ans ; son fils Alphonse mort à un an, vraisemblablement d'une méningite tuberculeuse ; sa fille Julia morte à dix ans poitrinaire ; Léon de Pierreclau, cet autre fils de Lamartine, né en 1813 et mort en 1841 de la même maladie. En 1813, justement, il consulte à Paris le Docteur Portal. « Il n'y a chez M. le consultant, dit l'ordonnance, aucun symptôme de phtisie pulmonaire, mais on ne peut disconvenir qu'il n'existe en lui des dispositions à cette maladie. Son origine peut le faire craindre, l'habitude grêle, irritable et très sensible de son corps, et aussi les hémoptysies qu'il a éprouvées, ainsi que d'autres affections morbifiques qu'il a eues dans sa première enfance ou dans le reste de sa vie ».

« Et, ajoute M. de Luppé, Lamartine guérit spontanément, et non par le lait d'anesse et le bouillon que lui prescrivit Portal, pour devenir après 1830 un rhumatisant chronique ». La médecine d'aujourd'hui admet ces possibilités.

Lamartine consulta aussi d'autres médecins : Veyrissel, de Lyon (ne faut-il pas lire Viricel ?), Pinel qui lui conseillèrent le Midi ; le Docteur Alin, médecin de Julie, etc., tandis que sa femme était la cliente de bien des médecins en Suisse et en France : Coindet, de Genève, Gouraud et Cabarrus, de Paris, Circaud, de Saint-Point.

La santé lui paraissait chose assez précieuse pour valoir toutes les dépenses, même celles nécessitées par les consultants les plus illustres.

En novembre 1827, son père souffre de troubles urinaires et Lamartine écrit, de Florence, à sa mère :

« Les souffrances de mon père me font bien de la peine, et les prodiges du Docteur Civiale, dont toute l'Europe est remplie, m'engageraient à sa place à en essayer au printemps. Vous devriez lui en parler.

Il me semble que M. Civiale viendrait volontiers pour 4 ou 5.000 francs faire l'opération à Mâcon, ou du moins à Montculot, qui n'est qu'à trente heures de Paris, et où moi je ferais bien transporter mon père dans une litière par huit hommes. De Montculot, M. Civiale pourrait aller et venir, avant et après la sonde, deux ou trois fois s'il était nécessaire, et rester fixe une quinzaine avec nous. Ce plan me paraît praticable. Nous y serions tous, et nous aurions soin que les secours d'apothicaire et médecins y fussent bien réunis.

Je ne doute pas du succès dans un sujet si bien portant du reste que mon père. Peut-être, dira-t-il, c'est trop cher : mais je me charge de tout ce qui surpassera ce qu'il pourrait y mettre lui-même. Il y consacrerait cent louis ou mille écus, et moi autant et plus. Je ne puis pas mieux y employer ma fortune qu'à soulager mon père et à lui acheter des années de vie douce et heureuse encore avec nous.

Si M. Civiale ne s'y prêtait pas, on pourrait mener mon père par eau à Paris même. Mais je crois ce dernier parti moins doux et plus cher de beaucoup. Le prix de l'opération sera le même à peu près et les frais de route et de séjour pour nous tous outrepasseraient bien les 3 ou 4.000 francs que nous donnerions à M. Civiale pour son séjour à Montculot. Ajoutez-y trois voyages de Paris à Montculot, en poste, qui sont de 1.500 francs. Vous trouveriez même économie autant que simplification des moyens.

Peut-être même M. Civiale ne demanderait-il pas tout ce que je suppose. Mais je calcule au plus fort : ce serait 6 ou 7.000 francs. J'en donnerai la moitié, et tout, s'il le faut, et je tiendrai la maison avec tout ce qui s'ensuit à Montculot. Si vous jugez mes idées praticables, tâtez mon père à ce sujet ».

Cette lettre, assez curieuse, pourrait donner une idée des honoraires demandés par Civiale, si l'on ne savait Lamartine trop brouillé avec les chiffres pour être capable d'estimer à leur valeur exacte les dépenses qu'il engageait.

TRAVAUX ORIGINAUX

Nullité de mariage et jurisprudence canonique

Les conditions de l'expertise médico-légale

Par le Docteur **P. DERVILLÉE** (de Bordeaux)

Le droit canon résulte d'un compromis entre l'ancien droit romain et la doctrine des Pères de l'Eglise, doctrine à laquelle se substitua plus tard l'autorité des Conciles. Le Concile de Trente consacre définitivement le principe de l'indissolubilité du mariage catholique, mariage qui ne peut être rompu que par la mort de l'un des deux époux. Toutefois, le droit canonique (qui a inspiré notre droit français jusqu'à la Révolution), admet que, dans certaines circonstances, le mariage peut être déclaré nul, les conditions légales n'ayant pas été remplies au moment de la célébration de ce mariage. Dans ces cas, l'Eglise ne fait qu'annuler ce qui, en somme, a toujours été nul, ce qui ne peut être considéré comme valide, ce qui a été validé par erreur.

***

Les divers cas de nullité. — La notion de nullité de mariage est essentiellement liée à la notion *d'empêchement.* Le droit canon considère deux sortes d'empêchements au mariage : les uns sont des empêchements simplement « *prohibitifs* » (*de prohiber* : défendre) : ils peuvent être un obstacle à la célébration du mariage, mais il ne sont pas une cause de nullité lorsque l'union a été contractée au mépris de ces empêchements. Les autres sont les empêchements « *dirimants* » (*de dirimere* : détruire). Ils entraînent l'impossibilité absolue du mariage, et, dans le cas où ce dernier aurait été conclu, ils peuvent le rendre nul. Ces empêchements dirimants, les seuls qui nous intéressent ici, ont été répartis en trois classes :

La première classe groupe tous les empêchements résultant d'une *incapacité générale* chez l'un des conjoints. Il y a six incapacités ; incapacité d'âge (*aetas*), les limites d'âge minima n'étant pas les mêmes d'après la loi religieuse et la loi civile, la qualité d'infidèle (*cultus disparitas*), l'impuissance (*cœundi impossibilitas*), l'engagement dans les liens d'un mariage précédent (*ligamen*), le vœu solennel (*votum*), l'engagement de l'homme dans les ordres sacrés (*ordo*).

La deuxième classe comprend les empêchements qui tiennent à *l'absence totale de consentement* ou à *un vice de consentement.* Ils sont au nombre de trois : l'absence de consentement (*dissensus*), la violence (*vis, metus*), l'erreur (*error personae, error conditionis*).

Enfin, *à la troisième classe* appartiennent les empêchements fondés sur une *relation entre les conjoints, antérieure au mariage*: parenté (*cognatio*), alliance (*affinitas*), *la publica honestas*, l'adultère qualifié (*criminis enormitas*).

Parmi tous ces empêchements dirimants, empêchements qui peuvent être, le cas échéant, des causes de nullité, nous ne voulons retenir que ceux dont l'appréciation nécessite l'intervention du médecin. En matière de nullité de mariage, l'expert médical peut être appelé à donner son avis dans trois ordres de circonstances :

A) *La question du consentement* ;
B) *Le problème de l'impuissance* ;
C) *L'erreur sur la personne.*

A) La question du consentement. Là où il n'y a pas eu consentement de la part de l'un des prétendus conjoints, il n'y a pas eu de mariage. Selon l'expression des juristes, le consentement doit être *libre et entier,* sans aucune contrainte exercée sur l'un ou sur les conjoints — contrainte soit de l'un des conjoints sur l'autre, soit des parents, soit d'autres personnes. Toute violence physique ou morale faite à l'une des parties pour obtenir son consentement rend le mariage nul. Un cas concret, celui du rapt, confirme bien le principe. Le rapt est-il un cas de nullité de mariage en droit canon ? Pendant longtemps, l'enlèvement fut considéré comme un cas de prohibition de mariage, mais peu à peu une tendance moins absolue se manifesta, tendance qui avait déjà été exprimée dans certains écrits des Pères de l'Eglise. La question a été définitivement tranchée par le Concile de Trente : le rapt est un empêchement dirimant tant que la personne enlevée est sous la dépendance du ravisseur ; par contre, si la « rapta », *mise en lieu libre et sûr, donne son consentement,* le mariage peut être réalisé.

Qui dit consentement *libre* dit consentement *conscient.* Nous en arrivons ainsi au point qui intéresse tout particulièrement l'expert médical. Si l'état psychique de l'un des conjoints au moment de la cérémonie est tel qu'il ne lui permet pas d'apprécier la valeur et les conséquences de son consentement, le mariage, même légalement prononcé, se trouve nul de plein droit. Il n'est pas nécessaire que cet état morbide

FEUILLETON

LE MONDE MÉDICAL PARISIEN IL Y A CENT ANS [1]

Les procès médicaux

Dans la période que nous considérons — et qu'on nous permettra, pour les besoins de la cause, de ne pas limiter étroitement aux années 1841-1843 — plusieurs procès qui firent grand bruit, tout au moins dans les milieux professionnels, amenèrent nombre de nos confrères devant les tribunaux soit comme demandeurs, soit comme accusés (2). La plupart d'entre eux furent des procès de presse, ce qui confirme ce que nous avons dit des risques courus à cette époque par les journalistes médicaux qui tenaient à garder leur franc-parler.

Passant sur le procès intenté à Fabre, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, en 1836, sous un prétexte insoutenable, mais en réalité pour se venger des attaques ardentes qu'il avait menées contre le doyen Orfila et de la publication de la *Nemésis médicale* (procès qui se termina par l'abandon de l'accusation auquel dut se résoudre le Procureur du roi), nous dirons d'abord quelques mots du procès intenté par Gendrin, en 1840, à Amédée Latour, qui fut l'un des plus brillants polémistes de cette époque héroïque et qui finit d'ailleurs ses jours membre libre de l'Académie de médecine.

(1) V. *Progrès médical* des 10 et 24 janvier, 10 et 24 avril,, 10 septembre 1942.

(2) Nous en avons déjà conté un dans le *Progrès médical* du 24 août 1942.

Huit ans auparavant, alors que des émeutes tragiques (v. *Les Misérables*) avaient ensanglanté le pavé parisien, une ordonnance avait paru, signée de Gisquet, préfet de police, et contre signée par le Comte d'Agoult, ministre et pair de France, ordonnance qui intimait aux médecins et aux chirurgiens l'obligation de signaler aux commissaires de police les noms, profession et domicile des insurgés blessés qu'ils avaient soignés dans les salles hospitalières ou dans leur clientèle. Les journaux médicaux clamèrent alors bien haut leur indignation devant ce rôle de délateur que l'on voulait faire jouer aux médecins, si bien que l'ordonnance ne fut jamais appliquée, mais la police mit des factionnaires au pied du lit desdits blessés et des piquets de surveillance dans les salles des hôpitaux. Il y avait eu en l'affaire un conseiller médical de la police et l'on accusa Gendrin d'avoir été ce conseiller. Cela lui valut l'inimitié de la plupart de ses confrères et devait l'empêcher d'accéder, malgré sa science et son talent, aux hautes situations auxquelles il pouvait prétendre. On le vit bien quand il se présenta en 1840 à la chaire de pathologie interne vacante à la Faculté. Lorsque l'on en vint au vote, Gendrin n'eut pas une seule voix, malgré la haute tenue de ses épreuves.

Amédée Latour tira la leçon de cet échec dans un article de la *Gazette des Médecins praticiens* (1er mars 1840) où il signalait qu' « à l'égard du compétiteur dont les épreuves avaient été les plus complètement satisfaisantes, il s'est trouvé des répugnances invincibles, mais en dehors du concours » et il ajoutait : « Tout ne s'efface pas par l'éclat de la parole et par des preuves irréfutables d'un magnifique talent... Si le compétiteur, tant habile fût-il, avait été accusé d'une de ces actions dont la barbarie l'emporterait sur la lâcheté, qu'il ne s'en fût défendu que mollement, vaguement... je dis qu'alors l'hésitation du juge est légitime, que sa conscience peut rester en suspens entre le talent

d'ordre psychique soit permanent pour que le mariage puisse être considéré comme nul ; on peut aussi retenir l'état d'inconscience passager, à condition que la preuve puisse être apportée qu'un tel état d'inconscience existait bien au moment où l'intéressé a été appelé à donner son consentement au mariage

Quels sont donc ces états pathologiques, du domaine de la psychiatrie, qui peuvent ainsi devenir cause de nullité ?

Les exemples que l'on cite le plus communément sont : 1° *la démence* (qui est déjà une cause d'opposition au mariage) ; 2° *Certains états de débilité mentale* ou *de déficit psychique* (sujets jeunes ou sujets âgés). On sait que dans le cas particulier du mariage « *in extremis* », l'appréciation médicale de l'aptitude à consentir est parfois extrêmement délicate ; 3° *les troubles mentaux à caractère intermittent ou périodique* ; le problème qui se pose dans ces conditions est le suivant : la célébration du mariage a-t-elle été accomplie au moment d'une période d'irresponsabilité ? 4° *les états d'intoxication.* En ce qui concerne les stupéfiants (morphine, cocaïne) on admet que leur usage modéré ne détermine pas toujours un affaiblissement du jugement suffisant pour légitimer la nullité .En matière d'intoxication alcoolique, Legrand du Saulle estimait que la nullité pouvait être prononcée lorsque le consentement au mariage avait été donné soit par un individu en état d'ivresse complète, soit par un alcoolique chronique présentant des tares psychiques du fait de son imprégnation par la substance toxique ; 5° *les états d'inconscience précédant les crises épileptiques* (dans le cas où une crise de cette nature se serait déclenchée après la célébration du mariage) ; 6° l'affaiblissement des facultés intellectuelles chez un sujet présentant peu de temps après la cérémonie des manifestations indéniables de *paralysie générale progressive.*

Dans un ordre d'idées différent, on a longtemps discuté pour savoir si certaines tares physiques, en particulier *la surdi-mutité*, pouvaient faire obstacle à la libre manifestation du consentement. La jurisprudence canonique, plus large en cela que la législation romaine qui frappait d'interdit le sourd-muet, admit que si la parole constituait la manifestation la plus probante du consentement, ce dernier pouvait néanmoins s'exprimer par d'autres moyens. A l'heure actuelle, l'éducation des sourds-muets est telle qu'ils peuvent aisément comprendre la question qui leur est posée et y répondre consciemment.

B) Le problème de l'impuissance. En matière de droit canonique, l'impuissance est essentiellement « *l'impossibilitas cœundi* ». C'est le fait, pour l'un des deux époux, de ne pas être apte au rôle physiologique que sa sexualité doit normalement entraîner. La « copula » normalement pratiquée est le fait essentiel qui valide le mariage. Non seulement celui qui ne peut pas pratiquer la copula, mais celui qui refuse la copula à son conjoint se place dans des conditions de nullité de mariage. Pour que l'impuissance soit une cause de nullité, elle doit être *réelle, définitive* (perpetua) *et antérieure au mariage* antecedens). Ces deux points ne doivent pas être perdus de vue au cours de l'expertise médico-légale.

Les causes d'impuissance sont assez nombreuses. Les unes sont absolues et indiscutables, les autres sont relatives, et de jugement incertain ou tout au moins difficile.

Chez l'homme, on a retenu des causes *d'ordre fonctionnel* et des causes *d'ordre anatomique.* 1° Parmi les causes *d'ordre fonctionnel*, on peut citer, par exemple : la persistance, au-delà des limites habituelles, de l'état impubère. Le sujet peut être définitivement impuissant par anaphrodisie (absence totale de désirs vénériens), ou bien la puberté peut n'être que retardée ; aussi le médecin expert doit-il se montrer excessivement prudent. 2° Parmi les causes *d'ordre anatomique*, mentionnons : la castration pratiquée avant l'âge de la puberté, castration qui empêche le développement du sens génital et conduit à une double impuissance, le sujet étant à la fois démuni de la *Potentia generandi* et de la *Potentia cœundi*, — l'absence naturelle de verge —, l'hypospadias très prononcé, l'impuissance n'étant que relative dans le cas d'hypospadias modéré, parce qu'elle peut être dans certains cas chirurgicalement corrigible, — des cicatrices vicieuses du pénis, suites de brûlures ou d'autres traumatismes.

Chez la femme, on peut également distinguer des causes *d'ordre fonctionnel* et des causes *d'ordre organique*, mais l'élément fonctionnel joue ici le rôle le plus important. Les cas de malformations génitales, tels qu'absence de vagin ou cloisonnement de ce conduit, atrésie vulvaire, malformation de l'hymen étant rares, l'impossibilité pour la femme de pratiquer la copula est très souvent la conséquence d'un état de *vaginisme.* L'impuissance est-elle ici absolue et perpétuelle ? Si elle est presque toujours absolue, elle n'est pas forcément perpétuelle, car il est des cas guérissables. Pour les théologiens, avant de recourir aux voies judiciaires, la femme doit se prêter à toute intervention ne comportant pas pour elle de danger sérieux.

---

et la moralité, et qu'il est excusable d'oublier le talent ». Gendrin bien qu'il ne fût pas nommé, se reconnut dans ce portrait sévère et assigna Amédée La tour devant la juridiction correctionnelle. Le journaliste fut condamné à 300 francs d'amende, 2.000 francs de dommages et intérêts, et à l'insertion du jugement dans quatre journaux au choix du plaignant. La Cour d'appel confirma plus tard ce verdict et comme Amédée Latour était hors d'état de payer cette somme, pour lui considérable, Gendrin n'hésita pas à employer la contrainte par corps et à le faire enfermer à Clichy.

La Presse médicale, unanimement, prit fait et cause pour Latour et jugea plus que durement la conduite de Gendrin . « Je me souviendrai, dit Dechambre dans *Esculape*, quand je passerai près de l'honneur de M. Gendrin, de ne pas heurter les endroits fragiles qui se remplacent par des billets de banque » Et *Hygie* de noter que « M. Gendrin est un médecin qui a l'originalité de formuler, sur du papier timbré, des ordonnances qui s'exécutent chez les huissiers ». Ajoutons que les dettes de Latour furent payées par ses confrères et amis et qu'il fut, en conséquence, mis en liberté. Quant à Gendrin, le Corps médical continua à lui montrer une évidente hostilité et il n,eut pas plus de voix quand il se présenta à l'Académie qu'il n'en avait eu dans le concours qui déclencha tout cet appareil judiciaire.

Parmi les procès médicaux à sensation de cette époque, il nous faut maintenant parler de celui que Jules Guérin intenta à Malgaigne, à Vidal (de Cassis) et à Henroz. Jules Guérin était un habitué des chambres de justice. Plusieurs années auparavant, il avait supprimé, sur la manchette de son journal, la *Gazette médicale de Paris*, le sous-titre de *Gazette de Santé.* Un pharmacien, Grimaud (de Caux), inventeur de l' « alexitère doré » s'en empara pour en faire le titre d'un journal qu'il fondait. Jules Guérin, demanda alors aux tribunaux réparation de ce qu'il considérait comme un sérieux dommage pour lui. Gagnant en première instance, il fut débouté en appel.

En 1836, nouveau procès. Cette fois c'est lui, Guérin, qui est cité par un orthopédiste non médecin, nommé Hossard, auquel il reprochait d'avoir truqué certains moulages pour démontrer la guérison de déviation de la colonne vertébrale et d'utiliser, sous couleur d'appareil original, une ceinture inventée depuis longtemps par Delpech. Il y avait eu des discussions sur ces cas, à l'Académie de médecine (dont il ne faisait pas encore partie), puis des articles violents dans la *Gazette médicale de Paris* contre l' « orthopédiste d'Angers ». Cette fois encore l'affaire tourna mal pour Jules Guérin qui fut condamné.

Nous voici en 1843, Jules Guérin, qui a obtenu un petit service d'orthopédie aux Enfants-Assistés, nouveauté peu appréciée de ses confrères qui admettent difficilement les spécialités dans les salles hospitalières, veut leur démontrer que ce service est indispensable et principalement à ceux qui sont justiciables de l'orthopédie et de la ténotomie, qui est le sujet sur lequel on a discuté, à l'Académie pendant toute la fin de l'année précédente. Il publie donc dans la *Gazette médicale de Paris*, la statistique des cas soignés par lui et les résultats obtenus (1er juillet 1843). Les résultats annoncés sont superbes : 1431 personnes ont passé par ses mains dans les salles ou à la consultation publique. Sur ce nombre, 619 n'ont pas été revues ou sont encore en traitement, 377 sont complètement guéries, 296 sont améliorées, etc... Il y a de tout là dedans, depuis des strabismes, des pieds bots, des torticolis, des déviations rachidiennes, jusqu'à des difformités rachitiques, des luxations congénitales de la hanche, jusqu'à une fausse ankylose de la mâchoire et à des abcès froids.

La première critique, parue dans la *Gazette des Hôpitaux*, est signée de Maisonable, ancien agrégé de la Faculté, ex-orthopé-

C) L'ERREUR SUR LA PERSONNE. Par erreur sur la personne, il faut entendre erreur sur *l'identité de la personne*, c'est-à-dire sur le sexe de l'individu. Un homme, par exemple, s'aperçoit que son conjoint n'a pas la conformation anatomique de la femme ; il a le droit de demander l'annulation du mariage. Le but de l'expertise est ici la recherche du diagnostic du sexe. Les cas les plus difficiles à trancher sont ceux où l'un des conjoints présente les attributs des deux sexes, conséquences de malformations génitales que l'on a désignées sous le vocable inexact *d'hermaphrodisme*. Si le véritable hermaphrodisme est des plus douteux, on peut rencontrer par contre le pseudo-hermaphrodisme ou hermaphrodisme apparent qui se présente sous deux aspects essentiels : le pseudo-hermaphodisme masculin (sujet paraissant femme à certains détails extérieurs et qui est homme en réalité) et le pseudo-hermaphrodisme féminin (manifestation inverse). Lorsque l'enquête médicale a permis d'affecter une caractéristique sexuelle déterminée à ces sujets, ils ne peuvent naturellement épouser qu'une personne de sexualité différente de la leur. Le mariage qui aurait été célébré à l'encontre de la vérité physiologique ne peut être que nul. Si, d'après les conclusions de l'expertise, le mariage a été prononcé dans un sens régulier (absence d'erreur sur la personne), il reste à déterminer si la copula demeure possible, ces pseudo-hermaphrodites étant en effet, très souvent, des impuissants. Si le coït ne peut être pratiqué, nous retombons dans la catégorie précédente : nullité de mariage pour impuissance.

La législation civile ayant été calquée pendant longtemps sur le droit canonique, il n'est pas étonnant que nous retrouvions mentionnées dans le Code civil quelques-unes des causes de nullité que nous venons d'envisager. L'article 180 du Code civil prévoit deux cas pouvant faire prononcer la nullité du mariage : d'une part, le manque de consentement libre, d'autre part l'erreur sur la personne. Quant à l'impuissance, elle n'est pas, par elle-même, un cas de nullité du mariage civil. Elle peut cependant le devenir (indirectement si l'on peut dire) dans le cas où elle est liée à une malformation générale qui place le sujet dans un autre sexe que celui qui lui a été attribué. Quant à la dissimulation de l'impuissance, lorsque cette dernière est connue avant le mariage, elle peut être considérée comme une injure grave à l'égard du conjoint et dans ces conditions elle peut entraîner le divorce. Ainsi, il faut se rappeler qu'en matière d'impuissance, le droit canonique va beaucoup plus loin que le droit civil.

***

La procédure en matière d'annulation de mariage. — Comme le fait remarquer ESMEIN dans son beau livre sur « *le mariage en droit canonique* », en employant ces mots : action en nullité, on parle le langage des jurisconsultes modernes, mais non celui des canonistes. Ces derniers utilisaient les mots de : *accusatio, denunciato, inquisitio*, car l'action en nullité de mariage était jadis intentée d'après les règles et les formes de la *procédure criminelle*. « Au début, on estimait que toute personne avait qualité pour formuler une accusation devant les tribunaux religieux ; tout chrétien avait le devoir de dénoncer le péché d'autrui. Des atténuations se produisirent avec le temps ; l'accusation fut réservée aux époux réciproquement et aux parents de ceux-ci » (Morache). On sait que la règle primitive a été maintenue, dans une certaine mesure, en matière de projet de mariage : dans le rituel de toutes les églises chrétiennes, le ministre du culte donne aux fidèles communication des promesses de mariage. Au civil, la publication des bans répond à un principe analogue.

En ce qui concerne le problème de l'impuissance, la procédure canonique a présenté au cours des siècles certaines particularités sur lesquelles nous n'insisterons pas, mais dont nous rappellerons simplement la succession dans le temps. Jusqu'au XIVe siècle, le seul « mode de preuve » en usage était la visite corporelle des époux par des experts : médecin, chirurgien, matrone. Les juges ecclésiastiques se trouvaient parfois très gênés pour conclure, les experts se montrant assez souvent réservés dans leurs dépositions. Aussi la procédure ne tarda-t-elle pas à se compliquer par l'institution de *l'experimentum triennale* et par la mise en œuvre *des « épreuves du Congrès »*. Lorsqu'il n'était pas possible de relever une cause certaine d'impuissance, le juge ordonnait *l'experimentum triennale*, c'est-à-dire la cohabitation patiente et résignée des deux époux pendant une période de trois ans *ad experiendam potentiam*. Si au bout de ce laps de temps aucun changement n'était survenu, l'un des époux pouvait demander *les épreuves du Congrès*. Ces épreuves aboutirent à de véritables scandales et elles furent supprimées en 1677 à la suite d'un procès retentissant, celui du marquis de Langey. Ultérieurement, les instances en cour de Rome pour nullité de mariage se pratiquèrent d'après les règles établies par une Bulle du Pape Benoit-XIV (1741), Bulle qui fut complétée en 1858 par une instruction de la Sacrée Congrégation. Les opérations d'expertises prévues par ces décrets sont les suivantes : inter-

---

diste revenu à des sentiments plus conformistes et qui met en garde tout infirme contre cette statistique non sincère. Il est curieux de voir que cette critique acerbe laisse Guérin à peu près indifférent. La *Gazette des Hôpitaux* insiste et fait remarquer que le traitement orthopédique passait jusqu'alors pour tout au moins inoffensif, tandis que la statistique discutée avoue 25 morts ! C'est probablement Vidal (de Cassis) qui est auteur de cet article. Alors Malgaigne entre délibérément en scène. Avec sa grande autorité, il « dépiaute » (c'est le seul mot juste), le tableau de Guérin, parle de revers graves dont cette statistique ne dit mot et notamment d'un strabique vu depuis par Velpeau et qui a perdu son œil. Se référant à une déclaration de Jules Guérin, il demande qu'on lui montre les malades guéris et les autres et comme Guérin se dérobe, il raconte, dans des articles ultérieurs de son *Journal de Chirurgie*, comme il est allé visiter à domicile les malades prétendûment guéris et n'en a pas trouvé un seul qui répondît à cette épithète. Alors les articles répondent aux articles, les lettres aux lettres et la querelle s'envenime. Malgaigne attaque dans son *Journal de Chirurgie*, Guérin répond dans la *Gazette médicale de Paris*, Vidal (de Cassis) riposte dans la *Gazette des Hôpitaux* et dans les *Annales de Chirurgie* ; Henroz,. dans l'*Expérience*, parle de mystification et de tromperie, Malgaigne est hautain et parle une langue scientifique parfaite ; Vidal est caustique, Henroz est violent et mêle à la discussion chirurgicale de tout autres arguments, accusant Guérin de se faire 26.000 francs par an en faisant payer aux malades, que l'on doit soigner gratuitement à l'hôpital, les appareils dont ils ont besoin et même le moulage de leurs difformités. Divers journaux comme *Le Siècle* et le *Memorial bordelais* insèrent aussi lettres et articles. C'est un chassé croisé d'attaques et de ripostes à ne s'y retrouver que difficilement. Le tout se termine par une assignation de Guérin à Malgaigne, Vidal de Cassis et Henroz à comparaître devant le tribunal correctionnel. Le jugement (Malgaigne a plaidé lui-même sa cause) intervient le 28 novembre 1843. Il renvoie Malgaigne des fins de la plainte, inflige à Vidal 100 francs d'amende et 500 francs de dommages et intérêts pour injures publiques, et porte pour Henroz l'amende à 200 francs. Guérin interjette appel de cette sentence qui avait été critiquée comme trop sévère par la presse professionnelle et publie un volumineux *Mémoire à consulter*. La Cour royale, saisie, et devant laquelle Malgaigne plaide encore sa cause lui-même, confirme purement et simplement, le 16 février 1844, le jugement de première instance. On voit que Jules Guérin ne fut pas souvent heureux dans ses procès. Ceux-ci furent généralement commentés d'une façon sévère et Lachaise écrivait encore l'année suivante dans ses *Médecins de Paris* : « La sympathie qu'avait suscitée en sa faveur la condamnation qu'il avait lui-même encourue il y a quelques années pour avoir osé dire la vérité à un homme qui voulait forcer le public à partager ce que nous appellerons par prudence ses illusions orthopédiques aurait dû lui faire pressentir la réprobation générale avec laquelle serait accueilli ce nouveau genre d'argumenttion scientifique ».

Procès de presse encore, ceux qui sont intentés à Comet pour avoir traité un peu cavalièrement tel ou tel fabricant de produits pharmaceutiques dans *Hygie*. Ceux qui l'assignent paraissent être nombreux puisque lui-même se vante d'avoir dû se défendre contre 79 apothicaires. En tout cas, il a affaire à forte partie avec Belliol (1), un des médecins spécialistes des maladies

(1) Peut-être s'agit-il, entre autres aménités d'*Hygie*, de l'entre-filet suivant : « Les personnes qui seraient désireuses de porter un ruban rouge à leur boutonnière sans aucune espèce d'autorisation, peuvent l'adresser à M. le docteur Belliol, chevalier de l'Eperon d'Or, rue des Bons-Enfants, 32. Elles peuvent s'adresser aussi à M. Delacroix (éga-

rogatoire, examen de l'homme, examen de la femme, ce dernier devant être fait en présence d'une dame « de vertu éprouvée ». Les médecins désignés par l'Ordinaire rédigent leurs rapports sous la foi du serment.

A l'heure actuelle, *lorsqu'il peut être établi que le mariage n'a pas été consommé*, les tribunaux ecclésiastiques ne rendent pas en général de jugement prononçant la nullité ou la validité du mariage. Laissant de côté les causes capables d'avoir empêché la consommation du mariage, ils ne s'attachent qu'à la réalité anatomique de la non-consommation. Dans ces conditions, *la demande d'annulation de mariage se transforme en une demande de dispense de mariage pour non-consommation*. En procédant ainsi, on évite de rechercher certains facteurs étiologiques (impuissance, par exemple) qui posent des problèmes parfois insolubles ; on écarte les incertitudes d'un procès et cela, sans condamner deux époux à une vie insupportable et sans espoir.

Toutefois les officialités diocésaines ne sont pas compétentes en matière de dispense de mariage ; cette affaire relève exclusivement de la juridiction pontificale. L'officialité du lieu se contente de réunir une documentation très complète comportant les dépositions des témoins et surtout les rapports des deux médecins qui sont officiellement chargés de donner leur opinion scientifique sur un point essentiel et nettement déterminé : celui de la consommation ou de la non-consommation du mariage.

***

L'expertise médico-légale. — Il est inutile de souligner la difficulté de certaines expertises où l'on demande au médecin de dire si l'un des conjoints, au moment de la célébration du mariage, était susceptible de donner son consentement libre et entier. L'expert se rappellera qu'en ces matières, bien des personnes de l'entourage se laissent souvent guider par des raisons de sentiment ou d'intérêt. Comme le dit le Professeur Henri Claude (1) : « le médecin doit donc se contenter de discuter les capacités intellectuelles du sujet, se limiter aux arguments d'ordre médical. Mais dans ce domaine même, il doit borner ses appréciations à ce qui concerne l'état psychique ; les considérations relatives à des maladies d'ordre général ne doivent pas entrer en ligne de compte..............

Il s'agit parfois d'une appréciation rétrospective de faits rapportés dans des documents, de paroles, d'écrits ou de troubles du comportement. La réserve doit être encore plus grande lorsque l'expert est sollicité de formuler une appréciation uniquement sur pièces, sans avoir la possibilité d'examiner le sujet, ce qui se produit dans certains cas ». Des conseils de même nature s'appliquent à l'examen médical dans le cas de mariage *in extremis* ; de graves intérêts de famille étant souvent l'enjeu de cette union suprême, le médecin doit donner son avis en toute indépendance.

En matière de dispense de mariage pour non-consommation, l'examen médical n'a généralement de raison d'être que pour la femme. Il est des cas, assez rares d'ailleurs, où les autorités ecclésiastiques ne demandent pas cet examen. Ce dernier, en effet, peut *ne pas être nécessaire* : par exemple, s'il est établi de façon péremptoire que les époux ne se sont pas trouvés seuls ensemble depuis la célébration du mariage. Il peut parfois être *inutile* : s'il s'agit, par exemple, d'une veuve d'un premier mariage normal ou si la femme avoue ne plus être en état d'intégrité hyménéale. Dans toutes les autres circonstances, en particulier lorsque, d'après les déclarations des témoins, les époux ont pu se rencontrer seuls après la cérémonie, l'examen de la femme est *indispensable*.

D'après les règles de la jurisprudence catholique, cet examen doit être pratiqué par *deux médecins désignés par l'officialité du lieu*. Ces experts, sous la foi du serment, procèdent séparément à l'examen de la femme sans se communiquer leurs constatations. Ils rédigent ensuite un rapport qu'ils remettent personnellement au tribunal ecclésiastique.

Ces expertises médico-légales, particulièrement délicates seront conduites en suivant des règles très précises, règles qui ont été récemment rappelées par Serre (1) dans sa thèse inspirée par le Professeur C. Simonin. *La présence d'une tierce personne* pendant les opérations d'expertise apparaît comme nécessaire : cette façon de procéder représente une garantie contre de fausses accusations toujours possibles. Les conclusions de l'expert ne doivent pas reposer uniquement sur des constatations d'ordre anatomique. *L'interrogatoire*, conduit avec patience apportera des renseignements sur le passé génital et sexuel de la femme, sur ses réactions neuro-psychiques, sur son éducation sexuelle, sur l'état physiologique de

(1) Henri CLAUDE. — Psychiatrie médico-légale. Doin, éditeurs, Paris, 1932. (Article : Nullité de mariage, page 28).

(1) SERRE (Jean-Marie). — L'expertise médico-légale en matière d'annulation de mariage catholique. Thèse de Strasbourg, 1940.

---

vénériennes dont nous avons parlé, et avec Blain et Fayard, inventeurs d'un renommé « papier chimique » qui sert à faire toutes sortes de pansements. Sur ces procès, nous sommes très mal documentés, puisqu'il s'agit d'affaires de diffamation et qu'en pareil cas le compte rendu des débats est interdit. Tout ce que l'on peut savoir, c'est que sans doute *Hygie* a été condamnée, car le jugement n'est même pas mentionné dans les colonnes des numéros que l'on peut encore consulter.

Passons à d'autres ordres de procès et signalons, bien qu'il soit déjà ancien, le procès intenté à Giraudeau de Saint-Gervais pour avoir annoncé des remèdes secrets (Rob antisyphilitique et mixture antigonorrhéique) et qui lui vaut en police correctionnelle une condamnation à six jours de prison et 300 francs d'amende, sentence confirmée par la Cour Royale le 28 septembre 1836. Puis vient le procès Gaubert qui est assez curieux. Il s'agit d'un compte rendu, publié par le *Messager*, d'une séance de la Société phrénologique de Paris, séance où le Docteur Gaubert, secrétaire général, a évoqué des expériences faites sur le crâne de Madame Chéron, assassinée à Versailles en 1834. Les investigations phrénologiques avaient établi, paraît-il, que cette dame devait être gourmande, avide et avare. La famille Chéron intenta donc contre le journal et contre les docteurs Gaubert et Leroy, une action en 20.000 francs de dommages et intérêts. Elle fut d'ailleurs déboutée.

Procès purement médical pour finir. Cormon, officier de santé au Tréport, est poursuivi par le Praquet de Dieppe pour avoir « coupé un enfant en morceaux » (c'est pratiquer une embryotomie qu'il faut comprendre), cet enfant étant attesté par des commères être en vie quand l'intervention eut lieu, alors que Cormon déclare que le fœtus était bien mort.

L'officier fut bel et bien condamné à trois mois de prison pour homicide involontaire et surtout pour avoir opéré sans l'assistance d'un docteur. Cormon fit appel de ce jugement et eut le témoignage approbateur de Blanche, médecin en chef de l'Hôpital général de Rouen ainsi que celui de Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, père du célèbre écrivain. Le jugement fut cassé à la fin de 1843 et Cormon renvoyé des fins de la poursuite.

Aujourd'hui, les procès contre les médecins n'ont pas, on le sait, cessé d'alimenter la chronique des tribunaux, mais il s'agit surtout de clients mécontents qui s'efforcent de soutirer quelque argent d'un confrère accusé de faute lourde ou d'un chirurgien qui n'a pas réussi à leur gré. Autres temps, autres mœurs. Les procès de presse médicale sont par contre rares. Il est vrai que le journalisme médical est devenu quelque chose de tout à fait différent de ce qu'il était alors. C'est tant pis, sinon pour lui, au moins pour ceux qui se plaisent à retrouver dans les feuilles d'il y a cent ans, la peinture d'un milieu professionnel qui donnait lieu à des tableaux particulièrement pittoresques et à l'exposé d'opinions le plus souvent pleines de bon sens et très souvent, comme nous l'avons prouvé, de courage.

Henri BOUQUET.

lement de l'Eperon d'Or) fabricant et débitant d'essence de salsepareille concentrée galerie Colbert, pharmacie Colbert, en prenant douze fioles de ladite drogue ».

L'Ordre de l'Eperon d'Or, créé par les Etats romains, et dont les membres s'appelaient chevaliers dorés ou chevaliers de la milice dorée, était alors tombé dans le plus entier discrédit, parce que les papes avaient accordé le droit de le conférer à une foule de prélats et même de particuliers. En 1821, le gouvernement français avait interdit à ses nationaux d'en porter les insignes. En 1841, Grégoire XVI le supprima définitivement (Larousse).

ses organes génitaux. Les précisions d'ordre très intime que l'on pourra obtenir des époux devront être confrontées avec les possibilités physiologiques constatées.

L'examen gynécologique aura pour but de préciser si la femme présente ou non les caractères anatomiques de la défloration. L'étude de la membrane hymen retiendra particulièrement l'attention et l'on ne devra pas oublier les deux points suivants, bien connus des médecins-légistes : 1° l'intégrité de la membrane hyménéale n'est pas un signe certain de non-consommation ; 2° bien qu'il n'y ait pas eu coït, la femme peut présenter des déchirures de la membrane hymen, soit qu'il s'agisse d'encoches congénitales, soit que ces déchirures résultent de manœuvres digitales diverses. Comme le fait remarquer, avec juste raison, l'auteur de la thèse précitée : « l'intégrité de l'hymen n'est une preuve suffisante de non-consommation que si la forme, la consistance et la disposition anatomique de la membrane permettent d'apprécier qu'une intromission de l'organe viril aurait produit une déchirure ». Que faut-il d'ailleurs entendre au juste par consommation ou non-consommation du mariage ? Le fait pour l'époux d'introduire la verge dans le vagin est-il suffisant pour que le mariage soit tenu pour consommé ? « Pour le médecin-légiste, dit à ce sujet le Professeur agrégé Piédelièvre (1), la preuve du coït est la défloration, la rupture de l'hymen, mais certains ecclésiastiques ne regardent pas comme suffisante la notion de l'introduction de la verge dans le vagin ; il leur paraît nécessaire que l'acte sexuel ait été complet et en particulier qu'il y ait eu émission de sperme dans la cavité vaginale. C'est qu'en effet, la fin du mariage religieux est la procréation, l'œuvre charnelle ».

Bien entendu, les experts médicaux désignés par les tribunaux ecclésiastiques ne sauraient avoir que voix consultative. L'affaire est uniquement du ressort, soit de l'officialité diocésaine (procédure d'annulation), soit de la juridiction pontificale (dispense pour non-consommation). Tout ce qu'on peut demander au médecin, c'est de s'acquitter avec honneur et conscience de la mission précise qui lui a été confiée.

Métastases spléniques du cancer de l'estomac

Par MM. M. **LOEPER, J. MALLARMÉ** et **P. CHASSAGNE**

La localisation splénique au cours du cancer de l'estomac constitue une complication rare mais intéressante et qui mérite d'être étudiée. Une observation récente de notre service attire à nouveau l'attention sur des faits de ce genre.

Les cancers de la rate, peu fréquents, réalisent des splénomégalies perceptibles, inégales, bosselées et douloureuses pouvant entraîner des hémorragies abondantes. Ils ajoutent à la symptomatologie gastrique un signe clinique douloureux et tumoral de l'hypocondre gauche.

Voici résumée l'observation de notre malade :

Madame M... Marthe a été opérée en janvier 1939 par le Docteur Bréchot d'un néoplasme de la petite courbure propagé au pylore ayant nécessité une gastrectomie. Celle-ci amena une disparition des signes de la sténose pylorique qui réapparut avec ses vomissements caractéristiques en octobre 1941. Mais en plus des manifestations de la région épigastrique, la malade ressentit alors des douleurs violentes dans l'hypocondre gauche et son médecin trouva sa rate hypertrophiée. Actuellement, le syndrome de sténose apparaît évident cliniquement (vomissements de stase, ondulations péristaltiques) et radiologiquement : non seulement l'obstacle gêne la bouche de gastrectomie, mais il semble également perturber le transit sur l'anse anastomotique. La rate apparaît très volumineuse, dure, douloureuse, irrégulière sur sa surface et son bord antérieur. Une ponction de cette rate pratiquée avec soin par l'un de nous a donné les résultats suivants : « Présence de nombreuses cellules cancéreuses typiques à noyaux volumineux et à nombreux nucléoles. Protoplasme, noyaux libres en amas. Quelques érythroblastes ». Ajoutons que l'épreuve de spléno-contraction adrénalinique est restée négative.

Ainsi donc on est en présence d'un *néoplasme secondaire de la rate* consécutif à un néoplasme gastrique, deux ans et demi après l'exérèse de ce dernier.

Les lésions anatomiques de tels accidents sont bien connues. La rate est volumineuse, solidement fixée par son pédicule avec peu de périsplénite. A l'examen macroscopique, sur un fond rouge violacé, se voient des noyaux plus ou moins saillants blancs entourés d'une aréole rosée de dimensions variables, grain de mil ou confetti, parfois même confluents. La coupe donne un aspect analogue. A l'examen macroscopique, on retrouve les éléments cellulaires de la néoplasie primitive qui essaime dans la pulpe splénique. Cet essaimage est particulièrement net dans la granulie néoplasique de la rate dont l'observation que nous rapportons plus loin est un bel exemple.

***

Mais la métastase n'est pas la seule complication splénique qu'on puisse observer au cours du cancer digestif. Il faut connaître aussi la possibilité de l'*infarctus* L'oblitération d'une artère terminale, lésion fondamentale de l'infarctus, est fréquente au niveau de la rate, le plus souvent embolie, artérite au cours des cardiopathies des endocardites malignes, mais aussi artérite splénique néoplasique. L'infarctus est d'aspect variable, rouge ou blanc, ce dernier étant dégénéré. Si l'oblitération vasculaire semble expliquer le plus souvent de tels accidents, on doit néanmoins faire une place importante aux troubles vasomoteurs contemporains de la thrombose. Un bel exemple d'une telle éventualité est fourni par l'observation suivante :

En 1917, le sergent P. se présente à nous avec un syndrome de sténose pylorique caractérisé par des douleurs épigastriques violentes et continues, des vomissements de stase, un amaigrissement rapide. L'examen montre l'existence d'ondulations péristaltiques. Une intervention proposée est refusée par le malade qui vit peu à peu les symptômes s'exagérer et, fait particulier, ressent de vives douleurs dans l'hypocondre gauche. L'examen montre alors l'existence d'une rate volumineuse inégale, douloureuse, très dure. La mort survient au milieu de douleurs atroces que calme à peine la morphine.

L'autopsie découvre un cancer pylorique adhérent aux organes voisins et comprimant le hile splénique. L'artère splénique apparaît complètement oblitérée ; la rate est énorme et présente des zones de coloration variable, rouge, noire, blanche répondant à autant d'infarctus.

***

Le DIAGNOSTIC de telles splénomégalies est facile quand le néoplasme primitif est connu. Dans certains cas, la radiologie montre l'ombre splénique. Il est parfois délicat de distinguer entre néoplasme et infarctus, ce dernier cependant est plus *brutalement* douloureux et peut s'accompagner au moment de son installation d'un certain degré d'anémie. Enfin la ponction de la rate peut donner des renseignements intéressants. En cas de néoplasme, elle montre l'existence de cellules anormales, énormes, à noyau volumineux occupant presque toute la surface, à nucléoles nombreux. Le protoplasme est mal teinté, des inclusions glycogéniques sont possibles. Ces cellules ne se voient que dans le néoplasme. En cas d'infarctus, la ponction ne montre rien de particulier, on retire du sang.

Lorsque le néoplasme antérieur n'est pas connu, le diagnostic est beaucoup plus malaisé. La splénomégalie apparaît alors primitive, plus ou moins douloureuse ou hémorragique. On pense au syndrome de Banti avec ses étiologies très diverses, aux splénomégalies qui accompagnent les hémopathies : leucémie, érythroblastose, mais l'examen du sang n'en montre pas les signes, aux splénomégalies primitives, lymphadénome, etc...

(1) PIÉDELIEVRE. — Note à propos de la communication de M. Tissier sur le sujet suivant : Un vice de conformation des organes génitaux s'opposant à l'acte conjugal peut-il justifier une demande en divorce ? Société de méd. légale, séance du 18 novembre 1929, *Annales de médecine légale*, 1929, page 679.

L'observation suivante qu'a bien voulu nous confier le Professeur N. Fiessinger montre les différents diagnostics que de tels cas peuvent soulever. Le malade A... Léon, 46 ans, ancien spécifique, entre à l'Hôtel-Dieu pour un état d'anémie marquée avec ictère et hématémèse abondante. L'interrogatoire apprend que ce malade a souffert autrefois dans la région épigastrique, douleur attribuée soit à un ulcus gastro-duodénal, soit à des manifestations hépatiques. Ces douleurs ont repris récemment, violentes, irradiant à l'épaule droite et ont abouti peu à peu au tableau actuel. L'examen montre un malade autant anémique (2.413.000 hématies) qu'ictérique. On note une hépato-splénomégalie des plus nettes qui résume le tableau clinique avec les hémorragies et l'ictère. Malgré la thérapeutique, l'état général s'aggrave rapidement et le malade meurt trois jours après son entrée dans une dernière hématémèse.

L'examen anatomique montre qu'il s'agissait d'un énorme néoplasme gastrique ayant envahi le pancréas, engaînant les voies biliaires et les vaisseaux mésentériques. Pas de métastase hépatique apparente, mais énorme rate d'un kilo, dont la surface est parsemée de nodules arrondis en tache de bougie, dont le volume varie de grain de mil à celui d'une orange. Il s'agit donc d'une granulie néoplasique secondaire de la rate consécutive à un néoplasme gastrique ignoré et passé inaperçu cliniquement.

*
* *

Un point particulier de l'observation de Madame M... rapportée au début, mérite de retenir encore l'attention. La splénomégalie de cette malade s'accompagne d'une ***pigmentation*** accentuée, surtout cutanée. Cette pigmentation peut être attribuée à la localisation splénique. On sait qu'on l'a décrite dans la tuberculose de la rate avec polyglobulie (Rendu et Widal), dans les mycoses spléniques (Gandy et Gouraud, P.-E. Weill), nous-même avons observé avec Ravier un malade tuberculeux qui présentait une pigmentation cutanée et muqueuse et chez lequel les surrénales, dont cliniquement rien ne permettait de prévoir l'atteinte, s'avèrent en effet intactes. Par contre la rate était énorme , scléreuse avec de nombreux infarctus et quelques tubercules ou cellules géantes. Le dosage du fer dans la rate révéla une teneur de 12,6 ‰ et pour le soufre 2,80 ‰. La peau elle-même contenait chez ce malade, 4,66 de fer et 1,60 de soufre. Mais la mélanodermie n'est pas un fait particulier à la tuberculose splénique. La rate est un des organes ou se fait l'hémolyse, celle-ci donne naissance à des amino-acides et la splénocontraction adrénalinique augmente l'amino-acidémie, comme l'ablation de la rate la diminue. L'hémolyse met en liberté une quantité importante de soufre et celui-ci est retrouvé dans le sang de l'artère et de la veine splénique. Ainsi la rate organe réservoir déverse dans l'organisme le soufre et les amino-acides comme elle y déverse les hématies, les leucocytes et aussi parfois les microbes ou les parasites. La fonction thio-aminée de la rate explique l'existence des mélanodermies d'origine splénique.

Le traitement de telles splénomégalies ne saurait être que radiothérapique. Celui-ci diminue les douleurs et peut amener une modification du volume de la rate et de la pigmentation quand elle existe, comme en témoigne l'observation de notre malade dont l'état s'est amélioré et la peau éclaircie depuis la mise en œuvre de la radiothérapie profonde.

La psychologie. *Science du comportement.* (Collection L'Avenir de la science), par Pierre NAVILLE. Un volume in-16, 38 francs. Gallimard, Paris.

La psychologie ne doit pas être affaire d'introspection et, pour être scientifique, elle doit avoir l'héroïsme de se borner aux faits observables. Une riche collection d'exemples concrets montre combien une telle discipline peut avoir d'applications utilitaires (et, en particulier, médicales.) Henri VIGNES.

Manuel de pleuroscopie et de section des brides dans le pneumothorax thérapeutique, par D. DOUADY et André MEYER. Un vol. in-8°, 211 pages, A. Legrand et J. Bertrand, edit., Paris.

Les auteurs ont voulu communiquer aux phtisiologues, au sujet des indications, de la technique, des complications, des résultats et des limites de l'opération de Jacobaeus, les notions pratiques qu'ils ont personnellement acquises au cours de trois à quatre mille interventions, tant à l'hôpital qu'en sanatorium.

Les troubles de la faim et de la soif. Manifestations épileptiques

Par **L. MARCHAND** et **J. de AJURIAGUERRA**

La physiopathologie a montré que le long chainon végétatif interaxial est régi par des centres fonctionnels qui sont localisés au niveau de l'hypothalamus et qui régularisent les divers métabolismes, la vaso-motricité, les instincts, etc... Les travaux récents de l'école de Fulton, tout en confirmant ces points de vue, ont précisé le rôle joué par le cortex dans cette régularisation.

Parmi les accidents épileptiques, dont le polymorphisme est si varié, ceux qui se traduisent par des modifications concernant ces diverses fonctions ont été groupés sous le nom d' « épilepsie végétative », soit qu'ils se présentent comme symptômes prémonitoires, comme auras ou comme équivalents; parmi ceux-ci, les sensations instinctives de faim et de soif n'ont encore fait l'objet que de travaux épars et peu nombreux.

La sensation de faim a d'abord été observée comme aura par Raymond, qui rapporte l'observation d'une épileptique qui subitement est prise de fringale avec l'idée qu'elle ne pourra l'apaiser. A peine a-t-elle l'idée de se procurer des aliments qu'elle tombe en crise. Parfois, l'accident se réduit à la simple sensation de fringale suivie seulement d'un court vertige. Féré signale aussi cette faim impérieuse comme signe précurseur. Un de ses malades éprouvait à partir de la veille de ses crises un besoin impérieux de manger et cette sensation était accompagnée d'angoisse, de salivation et d'écoulement nasal si le besoin n'était pas satisfait. Dans une autre de ses observations, les premiers accidents épileptiques sont d'abord caractérisés par cette forme d'aura. La malade, âgée de 12 ans, au cours d'une promenade s'écrie : « Ah, comme j'ai faim » ; elle se précipite vers la boutique d'un charcutier ; sa mère la retient ; elle se renverse sur elle et perd connaissance. Quelques autres crises semblables se reproduisent le mois suivant. Au cours de l'une d'elles, l'enfant s'est précipité sur un morceau de fromage et le mangea gloutonnement ; elle ne perdit pas connaissance. Ce n'est que plus tard qu'apparurent les premiers accès convulsifs ; les crises précédées d'aura nauséeuse et les crises précédées de faim-valle alternaient entre elles. Sous l'influence d'un traitement bromuré, seules les crises convulsives persistèrent. Lennox et Cobb signalent aussi la faim comme aura.

Les deux observations suivantes sont à rapprocher de ces cas :

OBS. I. — Mlle Gas... est âgée de 28 ans. On note dans ses antécédents, l'énurésie jusqu'à l'âge de 8 ans et les terreurs nocturnes jusqu'à 10 ans. Elle est atteinte de débilité mentale.

Le premier accident épileptique serait survenu à l'âge de 8 ans, à la suite d'une émotion. Elle a été renversée par un chien qui est monté ensuite sur elle. Le premier accès est apparu dix minutes après. Très fréquentes au début, au nombre de 10 environ par jour, les crises sont devenues moins nombreuses à partir de l'âge de 10 ans, époque à laquelle sont apparues les règles. Elles consistèrent d'abord en une perte brusque du tonus musculaire intéressant les membres supérieurs; la malade laissait tomber les objets qu'elle tenait. A partir de 19 ans, elle présenta en outre des crises caractérisées par quelques rares mouvements convulsifs et par une amnésie consécutive totale. Une seule fois, on a constaté une morsure de la langue. A deux reprises, les crises ont été précédées d'une aura consistant en une sensation brusque et intense de faim : « Comme j'ai faim » dit-elle ; elle demanda à manger, puis tomba sans connaissance.

L'examen neurologique, le liquide céphalo-rachidien, le fond d'œil, la radiographie du crâne ne montrent rien d'anormal.

OBS. II. — M. Que... est âgé de 35 ans. Crises épileptiques depuis l'âge de 22 ans. Crises d'abord nocturnes, puis apparition ultérieure de crises diurnes, typiques, avec chute, perte de connaissance, convulsions, morsure de la langue et écume. Au cours de certaines crises, blessures du cuir chevelu. Les crises diurnes ont lieu souvent vers 11 heures et demie ; elles sont précédées par l'apparition brusque d'une sensation de faim et la chute survient tantôt immédiatement, tantôt plusieurs minutes après. « Je vois que c'est midi, car j'ai faim », dit-il un jour, puis il tombe sans connaissance. Le besoin de manger est accompagné d'une sensation indéfinissable au niveau de l'estomac. Le malade n'a jamais présenté ni nausées, ni vomissements. Depuis qu'il est traité par le gardénal, suspension des accidents. Dans de tels cas l'hypoglycémie serait à rechercher.

Les examens neurologique et sérologique sont négatifs. Dans les antécédents personnels de ce sujet, on relève qu'il a été atteint de crises de somnambulisme entre l'âge de 10 et 11 ans.

Il est plus difficile de faire rentrer dans le cadre de l'épilepsie végétative, les manifestations boulimiques que l'on observe au cours des états d'automatisme comitiaux. Nous avons de nombreux exemples de sujets qui, pendant l'état second épileptique survenu soit spontanément, soit après une crise convulsive, se sont préparé des aliments et les ont absorbés, constatation qu'ils faisaient lorsqu'ils recouvraient leur état normal. C'est un fait analogue que rapporte Levin. La malade, après ses crises, avait ressenti plusieurs fois une sensation de faim. Au cours d'états confusionnels post-paroxystiques, alors qu'elle était encore en état de stupeur post-épileptique, on la trouva dans sa chambre d'hôpital cherchant de la nourriture. Quand elle reprenait conscience, elle était étonnée de se trouver en train de manger. La sensation de faim s'arrêtait au bout de quelques minutes, même si elle ne mangeait rien. Il y a dans de telles manifestations épileptiques une perturbation du fonctionnement intellectuel qui dépasse les limites de l'épilepsie végétative.

Nous pouvons rapprocher de ces faits, ceux décrits dans certains états narcoleptiques. Daniels signale dans un de ces cas que l'enfant était pris de faim immédiatement avant ses attaques de sommeil. La sensation de faim après l'attaque narcoleptique est aussi signalée par Devic. Récemment Levin a isolé un syndrome dans lequel la somnolence périodique et la faim morbide en constituent les caractères essentiels. Dans ces cas, le trouble est de longue durée ; il persiste d'ordinaire pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, caractère évolutif qui permet de le différencier des accidents épileptiques avec faim-walle.

La sensation de soif peut, comme la sensation du besoin de manger, être une manifestation clinique du mal comitial; elle peut se présenter sous forme d'aura et d'équivalent.

La sensation de soif comme aura est exceptionnelle. Klippel, cité par Lhermitte, rapporte le cas d'une malade qui brusquement éprouvait un besoin irrésistible de boire, courait boire gloutonnement à un robinet, puis perdait connaissance.

L'observation de Josephowitsch a trait à un cas d'épilepsie traumatique. Il s'agit d'un blessé par balle de la région temporale. Six mois après l'extraction de la balle, apparition brusque et courte de troubles de l'idéation accompagnés d'une sensation de soif. Ces phénomènes disparaissaient par la satisfaction du besoin. Deux ans après apparurent des crises convulsives parmi lesquelles quelques-unes étaient annoncées par une aura. Le malade éprouvait un goût désagréable, demandait à boire, se levait pour aller chercher de l'eau et tombait en convulsions. Dans certains cas, si la soif était satisfaite par l'absorption d'une boisson, la crise ne se produisait pas.

Le besoin impérieux de boire peut également s'observer sous forme de dipsomanie comme dans les deux observations de Delgado Roig, dont la nature épileptique a été confirmée par l'apparition de crises convulsives. L'une d'elle a trait à un sujet âgé de 23 ans, atteint d'arriération intellectuelle. Les accès dipsomaniaques précédés de céphalées et de troubles du caractère sont amnésiques. Quelques années après leur début, apparition d'une crise convulsive. Dans l'autre observation, les crises dipsomaniaques sont également suivies d'amnésie ; elles sont annoncées par un état dépressif avec idées d'auto-accusation, exaltation et sentiment religieux que l'auteur tend à considérer comme une forme d'aura épileptique de type émotionnel. Quelques années plus tard, ce sujet présenta une crise épileptique suivie d'un état de fureur. Un traitement anti-épileptique fit disparaître l'épilepsie et les accès dipsomaniaques.

Le besoin impérieux de boire peut également constituer un équivalent épileptique. C'est ainsi que sous le nom d'hydro-dipsomanie, Cunha Lopez décrit comme équivalent psychique épileptique un besoin de boire de l'eau qui survient au cours d'un état excito-moteur. Ces malades ne sont pas des alcooliques. Ils boivent de préférence de l'eau, même s'ils ont d'autres boissons à leur portée. La sensation de soif est irrésistible et insatiable ; elle est d'assez longue durée. Elle survient en dehors des crises convulsives.

Nous suivons actuellement une épileptique, avec antécédents familiaux alcooliques, qui présente par bouffées des envies subites de boire qui l'obligent souvent à se lever la nuit. Dans la journée parfois, elle rentre dans un café, demande à boire et boit jusqu'à l'ivresse. Au cours de ces périodes, elle n'a pas conscience de ses actes qui sont suivis d'amnésie partielle.

Ces diverses formes du besoin de boire caractérisées par leur apparition et leur terminaison brusques, leur courte durée, leur irrésistibilité, leur impulsivité, par un trouble de la conscience, de la personnalité, par l'amnésie consécutive ne laissent aucune hésitation sur leur nature épileptique. Mais on peut rencontrer chez les épileptiques d'autres formes d'impulsions à boire qui ne diffèrent en rien de celles que l'on rencontre chez des psychopathes non épileptiques; cette constatation a été la cause de nombreuses discussions sur la place nosologique attribuée à la dipsomanie, discussions qui ont subi l'influence de la mode spéciale à chaque époque, de sorte que ce syndrome est incorporé tantôt dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive, tantôt dans celui de la psychasthénie, tantôt dans le groupe des épilepsies.

Les rapports de la dipsomanie avec l'épilepsie ont été surtout défendus par l'école allemande et en particulier par Krœpelin, Aschafenburg et Gaupp. Il est assez fréquent de voir des épileptiques qui, dans l'intervalle de leur crise, présentent des périodes plus ou moins longues au cours desquelles ils sont poussés à boire. Nous pensons que cette forme impulsive de l'épilepsie psychique, qui se manifeste au cours de phases passagères excito-dépressives ou confusionnelles, ne doit pas être confondue avec la dipsomanie symptomatique de la psychose maniaque-dépressive endogène. Les antécédents héréditaires, les caractères de la personnalité morbide, les particularités cliniques, biologiques et même thérapeutiques, la notion d'accès épileptiques antérieurs forment dans la plupart des cas un ensemble caractéristique qui permet de rattacher l'accès dipsomaniaque à l'épilepsie.

Nous avons rapporté ailleurs l'exemple d'un épileptique qui pendant les intervalles des crises a des périodes pendant lesquelles il se met à boire brusquement ; il prétend qu'il ne peut s'en empêcher, qu'il est comme commandé. La durée de l'accès dipsomaniaque est de 4 à 15 jours, puis il cesse brusquement. Il boit du vin rouge et du café arrosé. Il suffit d'un à deux verres de vin pour l'obnubiler et il a de la difficulté à s'exprimer, il reste sombre, parle peu. Sa femme prétend que, s'il n'a pas d'argent pour aller boire un premier verre, l'accès n'éclate pas.

Sous le nom de potomanie, Achard et Ramond ont isolé un syndrome rare caractérisé, comme la dipsomanie, par un besoin impérieux de boire diverses boissons, en particulier de l'eau, mais contrairement à ce que l'on observe dans la dipsomanie, le besoin impérieux de boire est permanent et non périodique. On l'observe surtout chez des débiles mentaux, des instables, des déséquilibrés moraux, des mythomanes, chez des psychopathes. Certains auteurs l'englobent dans le cadre du pithiatisme. La potomanie, comme la dipsomanie, la phagomanie, l'anorexie mentale, etc..., répond à divers causes pathogéniques ; ce sont des manifestations pathologiques instinctivo-affectives dans lesquelles l'importance du facteur instinctif et du facteur affectif varie d'un sujet à l'autre.

Dans l'observation suivante, dans laquelle le besoin de boire est survenu en même temps que les premiers accidents épileptiques, le diagnostic avec la potomanie peut être posé.

Obs. III. — Mme Cham... est âgée de 42 ans. C'est une débile mentale dont les antécédents personnels ou héréditaires n'offrent rien de particulier. Elle présente des vertiges de courte durée avec perte de connaissance et chute depuis l'âge de 38 ans. Ces vertiges sont fréquents, au nombre de six par jour environ. Quand les premiers vertiges apparurent, cette malade fut prise d'une soif intense ; elle buvait toute la journée et même la nuit. Le matin au lever, elle ingérait deux litres d'eau que son mari lui apportait dans un saladier ; le soir avant de se coucher, elle préparait deux autres litres pour boire au cours de la nuit ; dans la journée, elle absorbait trois à quatre litres environ. Cette polydipsie était suivie de polyurie et était accompagnée d'une polyphagie modérée ; par contre, on ne notait aucun trouble du sommeil. D'après les renseignements donnés par la malade elle-même, la boisson calmait en partie ses vertiges. Un traitement par le bromure et par le gardénal n'apporta aucun changement à la fréquence des vertiges, ni à la polydipsie. A la suite d'un traitement par le Nésal, les vertiges s'amendèrent considérablement en même temps que disparut la polydipsie.

L'examen neurologique ne montre aucun trouble objectif. Les examens du fond d'œil, du liquide céphalo-rachidien, du sang sont normaux.

La longue durée du besoin de boire de l'eau pour apaiser la sensation de soif, le parallélisme de la potomanie avec les accidents épileptiques, en particulier la disparition de la soif en même temps que l'amélioration de l'épilepsie sous l'influence d'un traitement particulier, nous paraissent des arguments permettant de considérer certains cas de potomanie comme ayant des rapports avec le mal comitial.

Dans les formes précédentes du besoin de boire, la polydipsie est le phénomène prévalent et primitif, associé à un état mental particulier et la polyurie est secondaire ; la soif est d'origine psycho-névropathique et rentre dans les formes décrites sous le terme de « névrose de la soif » ou de « vésanie de la soif » (Trousseau). Ce caractère suffit pour la séparer de la polydipsie du diabète insipide qui apparaît comme secondaire à la polyurie. Dans le cas où l'épilepsie se combine au diabète insipide, la polyurie, la polydipsie, l'obésité, les crises convulsives forment un ensemble syndromique symptomatique d'une lésion de la région hypophyso-infundibulo-tubérienne. De plus, la polyurie et secondairement la polydipsie cèdent à l'épreuve de la post-hypophyse.

Broggi rapporte un cas d'achondroplasie avec obésité, polyurie et épilepsie dans lequel il existait un gliome de la région tubérienne. L'observation de Pighini et Fraulini a trait à un dément précoce atteint d'un syndrome adiposo-génital qui présenta par la suite des accès épileptiques. L'autopsie révéla une leptoméningite tuberculeuse de la base. Marinesco et Parhon ont aussi signalé l'association de l'épilepsie et du diabète insipide. Contini donne le cas d'un homme de 30 ans qui présente depuis six ans des accès épileptiques. Ces accidents apparurent peu après un traumatisme cranien. Des troubles du métabolisme hydrique, un diabète insipide d'intensité moyenne survinrent ultérieurement. Chez ce sujet, la diurèse diminuait après les accès épileptiques, tandis que l'ingestion de liquide était plus abondante durant les 24 heures qui les précédaient. L'injection d'extrait postérieur d'hypophyse diminuait la diurèse, mais par contre augmentait la fréquence des accès convulsifs.

Les troubles de la faim et de la soif que l'on peut observer chez des épileptiques apportent quelques contributions aux problèmes pathogéniques de la boulimie et de la dipsomanie.

S'observant sous forme d'aura, les sensations exagérées de faim et de soif posent la question de leur origine centrale ou périphérique. On peut se demander si le besoin de boire ou de manger est en rapport avec des modifications gastriques primitives. Les constatations cliniques ne sont pas en faveur de cette hypothèse. Les auras épigastriques sont relativement fréquentes ; nous les observons chez plusieurs de nos malades ; elles ne s'accompagnent pas de fringales, ni de polydipsie, mais parfois de nausées ou de vomissements. Josephowitsch, dans son cas, se demande si le besoin de boire ne peut pas être consécutif au goût désagréable ressenti par le malade et il répond par la négative. Cette interprétation de l'origine centrale des troubles s'accorde avec les données expérimentales qui montrent qu'une excitation ou une lésion hypothalamique ou préfrontale peut déclancher des troubles dans les mécanismes régulateurs de ces fonctions instinctives. Les lobes frontaux contiendraient aussi des centres qui inhibent la mobilité gastro-intestinale et leur excision causerait un appétit exagéré, une hypermobilité gastro-intestinale (Fulton).

Quant aux diverses formes de polydipsie que l'on peut observer chez des épileptiques, leur étude apporte de nouveaux arguments en faveur de la séparation que l'on tend à établir entre la dipsomanie et la potomanie d'une part et la polydipsie du diabète insipide d'autre part. Tandis que la dipsomanie et la potomanie sont en rapport avec un état mental pathologique le diabète insipide serait toujours dû à une altération infundibulo-hypophysaire.

Le mécanisme nerveux de l'anaphylaxie et de l'allergie. Sa dissociation par la novocaïnisation intra-veineuse

Intérêt pratique de la question

Par A. BRETON et A. GUIDOUX

L'allergie et l'anaphylaxie sont deux manifestations biologiques voisines ayant entre elles beaucoup de points communs. Toutes deux traduisent des phénomènes d'hypersensibilité. L'on peut donc se demander s'il ne serait pas préférable à l'avenir de les assimiler complètement l'une à l'autre, plutôt que de continuer, selon la tradition, à les distinguer nettement. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il ne s'agit pas d'une discussion spécieuse de pure terminologie, mais bien d'étudier un problème d'un haut intérêt doctrinal. Le but est de fournir une conception pathogénique uniciste ou dualiste aux manifestations auxquelles l'allergie et l'anaphylaxie donnent lieu en pathologie humaine.

Deux thèses sont en présence, et l'argumentation apportée jusqu'ici n'a pas permis, semble-t-il, de réunir l'unanimité des suffrages en faveur de l'une d'elles.

En France, pour ne citer que trois exemples, ne lit-on pas sous la plume de Charles Richet qu'il y a « non identité entre les mots anaphylaxie et allergie, parce que ces termes répondent à des notions différentes ». Jules Bordet, par ailleurs, ne se refuse-t-il pas à les confondre sous une même rubrique au cours d'un long exposé dont on trouvera le détail dans son *Traité de l'Immunologie* ?

A l'opposé, M. Pasteur Valléry-Radot, dans la préface de son livre sur l'anaphylaxie expérimentale et humaine envisage simplement l'anaphylaxie comme l'une des modalités de l'allergie.

Ainsi il n'y a pas, chez nous tout au moins, accord complet d'opinion dans un sens déterminé. C'est pourquoi, nous nous permettons d'apporter, dans le présent travail, les faits nouveaux que nous avons pu observer, en faveur de la barrière qu'il y a lieu de maintenir entre l'anaphylaxie et l'allergie.

Nous commencerons par rappeler que chaque fois qu'il y a manifestation clinique d'allergie ou d'anaphylaxie, il y a intervention du système nerveux. Celui-ci n'est pas le *primum movens* qui a déclanché la mise en route, mais il est un facteur intermédiaire, indispensable au bon fonctionnement du mécanisme complexe qui permet l'extériorisation du phénomène pathologique.

Il s'agit là d'une notion déjà ancienne.

Dès 1902, aux premières heures de l'existence du phénomène qu'il venait de découvrir, Charles Richet avait estimé que l'essentiel de l'anaphylaxie était une sidération du système nerveux. Précisant sa pensée en 1910, l'éminent physiologiste incriminait formellement l'action d'une substance encore mal précisée dite « poison anaphylactisant », agissant principalement sur le système nerveux central, le bulbe et les centres nerveux supérieurs, sans omettre son intervention secondaire sur le système vaso-moteur périphérique.

Le rôle du système nerveux végétatif commençait donc à être soupçonné ; il se précise par la suite.

Les travaux de Garrélon, de Drouet, de Tinel et Santenoise, de Gautrelet, de Bouché et Hustin, de Flandin et Tzanck, d'Arloing et Langeron le mettent très justement en valeur. Ce n'est pas tant le sympathique dans ses gros troncs et ses grands relais ganglionnaires qu'il faut incriminer, mais les fines fibrilles nerveuses épanouies sous l'endothélium vasculaire si sensibles aux moindres perturbations et aux réactions immédiates d'ordre général.

C'est pourquoi Auguste Lumière, en 1924, voit dans l'anaphylaxie le résultat d'une excitation initiale partie de l'endothélium vasculaire des capillaires irrigant les centres nerveux sous l'influence d'un floculat né de la rencontre d'un antigène et d'un anticorps spécifique. D'autres, par contre, songeront beaucoup plus exclusivement au sympathique périphérique distribué à la surface du corps humain avec les vaisseaux et responsable de ces spasmes de musculature lisse et des vaso-constrictions intenses des artères périphériques dont on trouve

de si belles images dans le livre récent de MM. Pasteur-Valléry-Radot, G. Mauric et Mme Holtzer.

L'allergie, de son côté, repose sur un mécanisme nerveux non moins indiscutable. L'importance de ce dernier a été surtout mise en évidence au cours des états d'allergie médicamenteuse et plus particulièrement dans les hypersensibilités au novarsénobenzol.

Hoke et Rihl, en 1911, avaient montré qu'une excitation vaso-motrice présidait à l'installation de l'état morbide. Millian, peu après, put affirmer l'action toxique de l'agent thérapeutique sur les éléments sympathiques.

Sans refaire ici l'historique du sujet, et en nous bornant à signaler les travaux de P. Gley et Schmidt, en 1922, l'article critique de Gaté, Thiers et Cuilleret, les recherches originales de M. Reilly, l'importante publication de MM. Rivallier, Pham-Huuchi, Decourt et Brocart, en 1939, on peut de nos jours certifier expérimentalement la part prépondérante que prend le sympathique sous-endothélial périphérique dans la constitution de cette allergie médicamenteuse. Le procédé du sac veineux jugulaire isolé et vidé de son sang permet, par simple irritation chimique d'une paroi vasculaire, de reproduire le choc du novarsénobenzol.

Si, quittant le problème particulier de cette allergie, on désire fournir en cette matière une autre démonstration de portée plus grande et plus générale, il suffit de rappeler la conception (1) actuelle de l'allergie tuberculeuse, dont les manifestations externes, considérées jadis comme vraiment spécifiques, ne le sont plus aujourd'hui. Il est prouvé qu'elles dépendent en partie du système neuro-végétatif. Quand celui-ci est perturbé localement pour une raison quelconque, lorsqu'il y a trouble dans les échanges intercellulaires ou dans la perméabilité capillaire, les réactions spécifiques sont tout autres que ce qu'elles devraient être ; autrement dit des causes non spécifiques jouent sur les apparences des réactions spécifiques. Par quel intermédiaire ? par le système sympathique périphérique.

Enfin, pour être complet, il nous faut signaler le phénomène de Sanarelli-Shwartzmann qui occupe un rang intermédiaire entre l'allergie et l'anaphylaxie. Il n'est pas par lui-même un phénomène spécifique, mais sa parenté avec l'allergie et l'anaphylaxie est indéniable. C'est dire que lui aussi peut être influencé par des variations du potentiel sympathique.

Ainsi le rôle du système neuro-végétatif est aujourd'hui pleinement démontré. Les seules imprécisions qui persistent sont de savoir s'il faut incriminer le sympathique dans son ensemble ou s'il faut accuser plus spécialement telle fraction du sympathique caténaire ou columnaire ou ce vaste réseau de fibres végétatives réparties sous l'endothélium vasculaire. Par ailleurs, il ne semble pas que les auteurs se soient préoccupés de différencier à ce sujet, l'allergie de l'anaphylaxie. A dire vrai, ils ne paraissent pas avoir pu supposer que le mécanisme nerveux puisse être dissemblable au cours de l'une ou de l'autre éventualité.

Toute théorie pathogénique comporte une sanction thérapeutique. S'il est vrai que le facteur nerveux joue le rôle que nous venons de lui décrire dans l'extériorisation des phénomènes d'anaphylaxie et d'allergie, en intervenant sur lui on doit arriver à modifier sinon à supprimer les accidents auxquels ils donnent lieu.

Des recherches cliniques et expérimentales ont, depuis longtemps, été poursuivies dans ce sens,. Leur intérêt pratique ne peut échapper. Elles ont eu surtout lieu en matière d'anaphylaxie.

Besredka, dans son *Traité sur le choc anaphylactique*, en fait le tour d'horizon. Par une mise au point parfaite, il nous a démontré que seule une narcose par le chloroforme, l'éther, le chloréthyle, l'uréthane, le chloralose ou l'alcool est susceptible d'arrêter à coup sûr le déclenchement des accidents précoces ou brutaux d'un choc.

L'état réfractaire, ainsi artificiellement créé, n'existe que pendant le sommeil et un court laps de temps ultérieur ne s'étendant pas au-delà de 24 heures. La sensibilité de l'organisme reparaît dès la disparition du narcotique. Remarquons qu'il ne s'agit que d'anesthésiques puissants. Ils ne donnent effet que si le sommeil est profond et agissent en abaissant la réceptivité nerveuse générale par influence inhibitrice du para-sympathique. Le narcotique intervient par sa fixation pendant le temps d'anesthésie sur tout le système nerveux : (substance grise et éléments sympathiques en particulier Nicloux).

La pratique montre en outre, que lorsqu'on cherche à utiliser des faibles doses d'hypnotiques doux, tels les opiacés dont l'action s'exerce pourtant à la fois sur le cortex et sur le mésocéphale, il est impossible d'obtenir la suppression de l'anaphylaxie.

Toutes les autres interventions tendant à modifier l'équilibre vaso-sympathique se sont révélées inefficaces. L'injection d'une parasympathicomimétique imparfait, tel le chlorhydrate de pilocarpine, faite avant l'injection déchaînante empêche exceptionnellement le choc (Lévy-Solal et Tzanck).

L'administration préventive d'un vagolytique comme l'atropine, préconisée par Auer est inutile pour Friedberger et Mita.

L'action de sympathicomimétiques comme le dioxyéphédrine, l'adrénaline est des plus inconstante. L'usage du chlorhydrate de morphine vagotrope est sans effet. Le blocage du système réticulo-endothélial par l'encre de Chine, le bleu-trypan, réalisant une influence parasympathicotrope est négatif. Le jeûne prolongé ne fait que l'atténuer, et encore de façon inconstante. (Lesné et Dreyfus, Pierret et Crampon).

Ce rappel historique résume l'ensemble des travaux faits dans cette voie jusqu'à nos jours et en souligne l'insuccès. Seule la narcose peut être utilisée dans le cas d'anaphylaxie aiguë. Elle ne l'est pratiquement jamais. On la réservera aux cas exceptionnels où la méthode de désensibilisation spécifique de Besredka se révèle inopérante. Elle ne met alors à l'abri que des accidents immédiats ; elle n'évitera pas les accidents tardifs. Elle est inapplicable pour l'allergie.

Ayant pris connaissance de cette documentation décevante, à notre tour nous avons entrepris des recherches sur l'homme en utilisant les injections intravasculaires de dérivés synthétiques de la cocaïne. Dos Santos, Leriche, Dos Galhi ont montré au cours des dernières années la parfaite tolérance de l'organisme humain à ces produits introduits dans les artères ou les veines. L'atoxicité est absolue, à condition de les utiliser aux doses de un centigr. par 10 kgr. et de pousser lentement l'injection dans le torrent sanguin.

Sympathicotrope indéniable, l'action pharmacodynamique de la novocaïne introduite par ces voies est encore mal connue. Dans tous les cas, la novocaïne semble rapidement fixée, vite éliminée ; le danger d'accumulation n'existe pas pour des doses quotidiennes.

Nos constatations ont été les suivantes :

En matière d'anaphylaxie (1) : échec complet. La novocaïne introduite dans les veines dix minutes avant l'injection enchaînante, répétée 21 jours plus tard dix minutes avant l'injection déchaînante, n'empêche pas les accidents anaphylactiques d'apparaître, ne supprime pas les accidents généraux précoces ou tardifs. Le choc anaphylactique revêt la fréquence et la gravité habituelles. La maladie sérique a les caractères classiques.

La novocaïne ne fait pas plus disparaître l'érythème sérique qu'elle n'empêche leur apparition. Elle n'évite pas non plus la fièvre et les malaises déclenchés par l'injection intraveineuse de vaccins.

En matière d'allergie médicamenteuse : succès.

Les allergies au novarsénobenzol ou à la quinine, pour ne parler que de celles que nous avons systématiquement étudiées (2), sont suspendues pendant un laps de temps suffisant pour autoriser l'emploi sans danger de doses élevées de novar, par exemple chez des sujets nettement intolérants et présentant des intra-dermo-réactions positives.

Les accidents tardifs ne sont toutefois pas supprimés.

Les avantages de la novococaïnisation préalable sont tels que nous avons pu préconiser (3) un traitement d'attaque, fort court de la syphilis par arsénothérapie novocaïnée massive

(1) A. Breton. — *Echo médical du Nord*, février 1942.

(2) MM. Vanhaecke, A. Breton et A. Guidoux. — Soc. méd. du Nord, 29-5-1942.

(3) MM. Vanhaecke, A. Breton et Guidoux. — Soc. derm. Paris, 9 juin 1942. *Paris médical*, 1942, n° 28.

comprenant 5 injections de 105 centigr. de novar à cinq jours d'intervalle en séries séparées par quinze jours de repos (1).

Ainsi, il y a dissociation dans les résultats. Certaines allergies sont suspendues par l'usage de la novocaïne intraveineuse, tandis que l'anaphylaxie ne semble nullement influencée.

La même cause ne produisant pas les mêmes effets, nous sommes tentés d'admettre que le mécanisme nerveux en jeu dans les deux phénomènes n'est pas identique, ce qui nous a incité à ne pas assimiler : anaphylaxie et allergie.

COURS ET CONFÉRENCES

Chirurgie conservatrice en gynécologie (2)

Par le Professeur **P. MOCQUOT**

Le but des opérations conservatrices en gynécologie est de sauvegarder les fonctions que la maladie a respectées, d'éviter ou d'atténuer les troubles que provoque la suppression des organes génitaux internes.

Bases physiologiques. — Le principe de ces opérations est physiologique plus qu'anatomique et de ce point de vue, elles se classent en trois groupes :

Conservation intégrale comportant le maintien ou la restauration de la fonction génétique ;

Conservation de la fonction génitale cyclique ;

Conservation partielle des fonctions de l'ovaire ou de l'utérus.

La *conservation fonctionnelle intégrale* exige en principe un ovaire ou un fragment d'ovaire actif, une trompe perméable, suffisamment contractile, à épithélium sain ou à peu près, un utérus possédant des capacités suffisantes de distension et de contraction et une muqueuse à évolution cyclique.

L'élément le plus important de la trompe paraît être le pavillon avec ses franges. La fonction de la trompe peut se rétablir, même après suppuration de la muqueuse, si le pavillon ne s'oblitère pas, si l'épithélium et la musculature tubaires n'ont pas été trop altérés.

Et cependant la trompe n'est pas rigoureusement indispensable au maintien de la fonction génétique, puisque l'on a pu réaliser le passage direct de l'ovule dans l'utérus et obtenir la fécondation.

La *conservation du cycle génital* est assurée par la présence d'un ovaire ou d'un fragment suffisant d'ovaire actif, en place ou greffé et par la présence de l'endométre en totalité ou en partie.

La quantité d'ovaire nécessaire est faible : un petit fragment suffit pour maintenir la fonction ; mais la quantité importe au point de vue de la durée et aussi la bonne irrigation. L'ovaire en place vaut mieux que l'ovaire greffé, mais l'ovaire greffé est cependant capable, avec l'utérus conservé, d'assurer, pendant un assez long temps, la persistance du cycle.

Il suffit pour assurer la menstruation d'une partie seulement de l'endométre et cet endomètre peut aussi être greffé.

La persistance du cycle génital et de la menstruation assure le maintien de l'équilibre endocrinien normal.

La *conservation de l'ovaire isolé* sans utérus, évite, en partie, les accidents de la castration, notamment les troubles vasomoteurs, mais l'avenir de cet ovaire est incertain. Tantôt il continuera pendant longtemps, de mûrir des follicules et des corps jaunes ; tantôt il s'altèrera et son activité ira diminuant sous l'influence soit de l'irrigation défectueuse, soit de l'absence des incitations hormonales ou autres venues de l'utérus, soit des troubles de l'innervation.

L'ovaire greffé est, cela va de soi, exposé à une régression encore plus rapide et plus complète.

Quant *à la conservation de l'utérus seul,* elle peut avoir quelques avantages au point de vue de la statique pelvienne. Quand l'utérus est seul, sans ovaire, il n'y a pas de règles. Par l'administration équilibrée de corps œstrogènes et d'hormones progestatives, on peut dans ces conditions réaliser des cycles et des menstruations artificielles. Y a-t-il de quoi légitimer la conservation de l'utérus isolé. Je reste à cet égard sur une grande réserve.

Conditions pathologiques. — *L'âge.* On a d'abord considéré que les opérations conservatrices n'étaient légitimes que chez les femmes encore jeunes et l'on admettait que passé 35 ans, à la rigueur 40 ans, elles n'avaient plus guère d'intérêt.

Aujourd'hui, on élargit leurs indications: certains estiment que jusqu'à la ménopause et même après, le maintien des fonctions ovariennes, même très ralenties, peut avoir un intérêt. C'est vrai sans doute, mais il convient cependant de ne pas perdre de vue que les avantages de la conservation diminuent à mesure que l'on s'approche de la ménopause, à plus forte raison lorsqu'elle est déjà passée.

Les *troubles de l'équilibre endocrinien,* préexistant à l'opération, sont un impérieux motif de conservation : ainsi l'hyperthyroïdie ou l'hypothyroïdie.

Les lésions : Dans les tumeurs malignes, même à malignité réduite, comme les kystes mucoïdes de l'ovaire, la conservation n'a pas place sur l'ovaire atteint. La malignité impose l'exérèse large, cependant garder un ovaire à une femme jeune opérée pour cancer du col limité peut avoir un intérêt et n'entrave pas les ablations nécessaires.

La conservation fonctionnelle est légitime dans les tumeurs bénignes de l'utérus, c'est-à-dire essentiellement dans les fibro-myomes, dans certaines tumeurs bénignes de l'ovaire, kystes dermoïdes, kystes folliculaires ; dans les annexites banales ou tuberculeuses.

La guérison chirurgicale des fibro-myomes comporte, du moins en théorie, l'ablation de toutes les tumeurs ou de la partie de l'utérus qui les porte. Encore n'est-il pas sûr que dans le myomètre restant, il ne s'en développera pas de nouveaux. Mais il faut considérer que les fibro-myomes sont des tumeurs de la période active de la vie génitale. La plupart se développent entre 30 et 40 ans. Les récidives seront d'autant plus à craindre que la femme sera plus jeune et les fibro-myomes plus nombreux. Plus on approche de la ménopause, plus la croissance des fibro-myomes se ralentit et plus les risques de récidive se restreignent.

Dans les annexites, l'organe le plus atteint, en général, est la trompe. Quand elle est oblitérée, distendue, définitivement perdue pour la fonction, il faut l'enlever ; quand elle n'est qu'oblitérée à l'orifice abdominal ou utérin, peu altérée par ailleurs, les essais de conservation sont possibles. Quand le pavillon et le conduit tubaire restent perméables, même s'il y a suppuration, on peut garder la trompe : elle est capable de guérir. Leveuf a montré et j'ai vérifié moi-même que des trompes ainsi conservées peuvent garder leur perméabilité et leur valeur fonctionnelle.

C'est *l'ovaire* surtout qu'il faut ménager, tant qu'il n'est pas atrophié, étouffé sous les adhérences, détruit par la suppuration. La présence de petits kystes folliculaires ne constitue pas une indication d'exérèse. Il n'est arrivé même de conserver un ovaire après en avoir extirpé une poche d'abcès. Ici les symptômes doivent guider autant que les lésions : il faut se défier des ovaires douloureux.

Il est facile de conserver l'utérus s'il est peu altéré, en bonne position, pourvu d'un revêtement péritonéal sans trop d'adhérences. S'il est gros, adhérent, dévié, surtout en rétroversion ou rétroflexion, si la libération laisse sa surface presque entièrement dépourvue de péritoine, il me paraît sage d'enlever l'utérus ou au moins d'en réséquer une partie.

Ici encore les symptomes doivent guider autant que les lésions ; il faut se défier des cols très altérés et se défier aussi des utérus qui saignent.

Dans les lésions inflammatoires, la décision est délicate parce que les organes que l'on conserve ont été touchés par la

(1) MM. Vanhaecke, Breton et Guidoux. — Soc. derm. Paris, 11 juillet 1942. *Gaz. des Hôpitaux*, sept. 1942.

(2) Leçon faite à l'Amphithéâtre d'Anatomie, le 8 juin 1942.

maladie : il est difficile de prévoir l'évolution qui se fera après l'opération. Bien des dégâts sont susceptibles de guérir spontanément et l'acte chirurgical bien conduit peut favoriser cette guérison. Il n'agit pas seulement par l'exérèse d'organes devenus inutiles ou dangereux. Est-il nécessaire de redire que la simple laparotomie peut avoir sur certaines lésions, et notamment sur les lésions tuberculeuses une action salutaire, de mentionner les résultats parfois surprenants obtenus par l'isolement et le drainage de certaines lésions annexielles suppurées, aiguës ou subaiguës, de rappeler que l'incision et le drainage de certains pyosalpinx ont donné des guérisons. Il faut donc faire la part de ce qui est irrémédiablement perdu, de ce qui est dangereux, de ce qui est encore bon, de ce qui est compromis, mais peut encore guérir. Il n'est pas douteux que la conservation peut être poussée très loin, mais il est sage de ne pas dépasser les limites raisonnables pour ne pas s'exposer à des échecs pénibles et à la persistance de troubles que les moyens médicaux peuvent souvent guérir, mais qui, quelquefois ne cèdent qu'à l'exérèse complète.

Étude technique des opérations conservatrices

Technique générale. — *La libération des organes adhérents* est la manœuvre fondamentale à exécuter en premier lieu. C'est elle qui permet d'apprécier les possibilités de conservation. Si elle est impraticable, il n'y a plus guère place pour la conservation.

Elle doit être menée avec minutie et douceur, réalisée par dissection et non par décollement au doigt ou seulement sur de petites étendues et avec prudence.

Elle peut être faite à l'instrument tranchant : mais les adhérences sont souvent vasculaires, souvent aussi elles sont septiques ; il me paraît très avantageux de les détruire au galvanocautère ou au bistouri diathermique.

L'hémostase doit être complète ; elle est assurée, selon les cas, par coagulation ou par ligature. L'usage de pinces hémostatiques à mors fins est très recommandable.

La mise en bonne place des organes conservés est une condition importante. Il faut éviter que les ovaires et les trompes puissent descendre dans le fond du pelvis pour y contracter à nouveau des adhérences, et, par des artifices de suture discrète, les maintenir dans la partie haute du bassin, au voisinage des anses intestinales mobiles, comme l'a dit Leveuf. Il faut aussi empêcher l'utérus conservé de venir ou revenir en rétroversion.

La *conservation du revêtement séreux* du pelvis sur de grandes surfaces m'était apparue comme une condition nécessaire au succès des opérations conservatrices. Si elle n'est pas nécessaire, elle est du moins favorable. Cotte, qui étend très loin les indications de la conservation, dit qu'il est presque toujours possible de reconstituer un revêtement séreux suffisant par des plasties péritonéales, en utilisant pour recouvrir les surfaces cruentées, soit le péritoine vésical décollé à la manière de Pestalozza, soit le péritoine du mésocolon.

Il est sage de ne pas trop compter sur la valeur lointaine de ces plasties péritonéales : elles peuvent paraître satisfaisantes à l'œil, à la fin de l'opération, mais le résultat ne se maintient pas toujours ; les tiraillements exercés par les organes mobiles dans les alternances de réplétion et de vacuité étirent et dissocient ces adhérences anormales. Ayant eu à réopérer une malade chez qui, après avoir libéré un utérus rétroversé, j'en avais recouvert la face postérieure cruentée avec le péritoine vésical, j'ai constaté que l'utérus s'était replacé en rétroversion : il ne restait trace de la plastie que sous forme de quelques adhérences dans le cul de sac vésico-utérin.

Bien souvent, je crois, le résultat est aussi bon en ménageant le plus possible ce qui reste de péritoine, en laissant et fixant au besoin les organes en bonne place. Les adhérences ne seront pas plus étendues.

J'avais d'abord cru qu'il fallait en principe ne faire d'opérations conservatrices que si l'on pouvait terminer sans drainer : c'est une opinion exagérée.

Cotte dit bien qu'il ne draine que très rarement, à condition de reconstituer soigneusement un revêtement péritonéal et d'exclure les surfaces cruentées. Il ne me déplaît pas de laisser pendant 48 heures un tube de caoutchouc dans le Douglas si je redoute un peu de suintement sanguin ou une légère infection. Le drainage large par lames de caoutchouc ou par tamponnement à la Mikulicz dans certaines annexites graves répond à des indications particulières.

Etude des opérations en particulier. — *Les opérations restauratrices.* Je ne m'arrêterai pas aux opérations bien connues qui ont pour but de rétablir la perméabilité des trompes oblitérées ou adhérentes. Les résultats en sont bien aléatoires. Mais je mentionnerai la *réimplantation de la trompe* lorsque le pavillon reste libre et perméable et que la lésion siège sur la corne utérine ou la portion isthmique : la résection du segment juxta-utérin suivie de la réimplantation de la portion ampullaire dans la corne utérine a donné des résultats favorables et permis des grossesses ultérieures.

On a fondé quelques espoirs sur l'implantation directe de l'ovaire dans la paroi utérine : le succès, c'est-à-dire l'évolution d'une grossesse à terme est tout à fait exceptionnel.

La *conservation de l'ovaire sans la trompe*, c'est-à-dire la salpingectomie unilatérale est souvent associée à l'ablation des annexes de l'autre côté. Cette double opération constitue, à mes yeux, *l'opération conservatrice type dans les annexites bilatérales.* On enlève ovaire et trompe du côté le plus malade et de l'autre, moins atteint, on garde l'ovaire et on enlève seulement la trompe.

Il faut commencer par libérer les annexes de leurs adhérences et les examiner : les possibilités de libération constituent un assez bon critère des possibilités de conservation.

L'ablation de la trompe peut et doit être réalisée sans qu'il soit porté atteinte à la vascularisation de l'ovaire. Elle doit être menée de dedans en dehors : il faut couper la trompe à son insertion utérine et couper le méso de proche en proche au ras de la trompe en pinçant finement à mesure les petits vaisseaux ; on peut même chercher à décoller le péritoine pour faire ce qu'on a appelé une salpingectomie sous séreuse.

Le point délicat est la section de la frange de Richard ou la libération du pavillon adhérent au pédicule tubo-ovarien. Mieux vaut couper la frange ou ce qui en reste pour ne pas risquer de blesser les vaisseaux du pédicule.

Il faut apporter beaucoup de soin à l'enfouissement du moignon tubaire qui peut être la source de divers ennuis (fistules, adhérences, abcès et même péritonites). S'il existe une nodosité sur la portion interstitielle, le mieux est de faire l'excision en coin de la corne utérine ; le plus souvent il suffit de détruire le segment intra-mural de la trompe par cautérisation ou coagulation.

L'enfouissement de la corne est très simplement réalisé par un point qui prend en avant le bord postérieur du ligament rond près de son insertion, au milieu le dessus de la corne utérine, en arrière le bord libre du ligament utéro-ovarien. Ce point commence ou termine le surjet d'affrontement péritonéal mené sur toute la longueur du méso-salpinx coupé.

Conservation de l'ovaire et de la trompe ou de l'ovaire seul dans les ablations partielles ou totales de l'utérus. — Ce mode de conservation intervient surtout dans les hystérectomies pour fibro-myomes et quelquefois dans les annexites quand l'utérus altéré, adhérent, rétroversé ou rétrofléchi ne peut être sans risque gardé en entier.

Il faut ici étudier avec soin les conditions de la circulation artérielle de l'ovaire quand est interrompu le courant de l'utérine. On a cherché par des procédés ingénieux, telle l'opération de Soresi, à faire l'ablation de l'utérus en ménageant les artères principales et l'anastomose entre l'utérine et la tubo-ovarienne, mais ces procédés sont d'application délicate.

De l'étude des pièces réunies par Cl. Rouvillois, nous avons retiré la notion que l'important pour le maintien d'une circulation artérielle suffisante dans l'ovaire est de ménager les branches internes nées de l'utérine, en coupant celles-ci en amont, on garde la possibilité de retour de sang par l'anastomose utérine tubo-ovarienne.

Pour y parvenir, il faut éviter de pincer en masse le ligament large près de l'utérus et de le couper entre deux pinces. Il faut lier et couper isolément ligament rond et trompe,

ouvrir le ligament large, puis lier et couper l'utérine aussi bas que possible, au point où elle s'écarte du bord de l'utérus.

Cette technique même ne donne pas une garantie absolue. Dans quelques cas, rares à la vérité (deux sur trente sur les pièces recueillies par Rouvillois) l'irrigation artérielle de l'ovaire est assurée exclusivement ou presque par l'utérine : la tubo-ovarienne manque ou est insuffisante : dans ces conditions, la section de l'utérine compromet gravement l'irrigation de l'ovaire.

Lorsque l'opération est réalisée pour fibro-myomes, que les trompes sont saines, il n'y a aucun inconvénient à conserver la trompe, ce qui simplifie l'opération. Mais on peut conserver l'ovaire isolé au bout de son pédicule en prenant pour enlever la trompe les précautions indiquées plus haut.

La conservation de l'ovaire, avec ou sans la trompe, sera faite d'ordinaire d'un seul côté.

Si l'on a laissé une partie de l'utérus, il peut être avantageux de fixer les ligaments ronds aux angles de la section utérine. Je crois préférable de laisser la trompe à distance pour qu'il ne puisse pas s'établir une communication entre la cavité utérine et le canal tubaire.

Les opérations conservatrices sur l'utérus. — *Les myomectomies.* Je ne dirai que quelques mots de cette opération que certains, comme Cotte, pratiquent beaucoup (43 myomectomies sur 119 myomes traités chirurgicalement) même chez des femmes proches de la ménopause, même en cas de myomes multiples. Il me paraît raisonnable de la réserver en principe aux femmes dont la ménopause est encore relativement lointaine, et dont les myomes sont peu nombreux. L'ouverture de la cavité utérine au cours de l'opération ne semble pas présenter d'inconvénient sérieux, en dehors de la gestation bien entendu.

Ceci nous amène aux *hystérotomies* : il m'est arrivé une fois d'enlever par hystérotomie abdominale un polype fibreux du fond de l'utérus reconnu par hystérographie. Je dois dire que six ans plus tard, j'ai dû réopérer le malade pour fibro-myomes multiples et faire une résection basse de l'utérus.

Plus souvent ces polypes fibreux ou fibromes sous-muqueux sont enlevés par *hystérotomie vaginale* : colpotomie antérieure le plus souvent ; dissection de la face antérieure du col jusqu'à l'isthme et même au-dessus ; incision médiane du col sur toute sa hauteur, au besoin prolongée sur le corps ; si le cul de sac vésico-utérin est ouvert, les bords de la brèche péritonéale sont suturés au-dessus de l'incision utérine. Le polype enlevé ou énucléé, l'utérus est suturé à points séparés. Il est préférable de ne pas suturer l'incision de colpotomie.

Les résections de l'utérus : cette dénomination me semble meilleure que celles d'hystérectomie fundique et d'hystérectomie sus-isthmique.

La *résection haute* qui emporte seulement le fond de l'utérus n'a que des indications assez rares. L'hémostase est souvent laborieuse.

La *résection basse* qui laisse la partie inférieure du corps utérin se rapproche beaucoup plus de l'hystérectomie subtotale.

Ces deux opérations ont pour but de conserver une surface d'endomètre suffisante pour qu'il y ait encore des règles. La conservation de l'endomètre semble de plus favoriser la persistance de l'activité de l'ovaire.

Avec la résection haute, la conservation des règles est assurée ; elle est plus aléatoire avec la résection basse.

La hauteur d'endomètre nécessaire est difficile à préciser. Le point de repère extérieur, c'est l'isthme ; il suffit souvent de couper à un centimètre au-dessus pour que persiste un petit écoulement menstruel. Mais quelquefois on croit avoir coupé trop bas et l'on voit cependant se produire de petites règles et d'autres fois, on a un résultat inverse.

Il est probable qu'il y a des variations dans l'activité de l'endomètre de la partie inférieure du corps utérin et peut-être aussi des variations dans le niveau où se fait le passage de la muqueuse du corps à celle du col.

Le lambeau d'endomètre nécessaire peut être taillé sur une des faces par une section oblique.

Quand la section ne peut être faite au-dessus de l'isthme, une dernière ressource reste qui consiste à prendre dans la cavité corporéale un lambeau libre d'endomètre et à le greffer dans la cavité cervicale évidée.

Les opérations conservatrices sur l'ovaire. — Je ne dirai qu'un mot des opérations bien connues de *résection ovarienne* pour ovaires volumineux, polykystiques, pour faire remarquer que ces interventions qui ne s'adressent nullement à la cause, probablement hypophysaire, de la maladie, agissent sans doute plus par les modifications qu'elles provoquent dans le parenchyme restant que par ce qu'elles enlèvent.

J'insiste par contre sur l'intérêt que peut présenter *l'énucléation de certains kystes* bénins de l'ovaire, kystes séreux, kystes folliculaires : par une incision superficielle faite à la corticale de l'ovaire, immédiatement en dehors de la saillie du kyste, on trouve aisément un plan de clivage facile qui permet de décoller le kyste, sans le rompre si l'on procède avec délicatesse. L'hémorragie est insignifiante: un surjet au catgut fin assure l'affrontement et l'hémostase de la plaie ovarienne.

Souvent aussi il est possible d'énucléer de la même manière des kystes dermoïdes même assez volumineux, même quand la substance ovarienne est étalée à leur surface. Cette technique est particulièrement recommandable chez les sujets jeunes, où l'on doit ménager le plus possible le parenchyme ovarienne ; il n'est pas exceptionnel en effet de voir après l'ablation d'un kyste dermoïde, s'en développer un autre un peu plus tard sur l'ovaire opposé.

Il m'est arrivé aussi quelquefois de faire des opérations conservatrices dans certaines pelvi-péritonites séreuses, avec formation de faux kystes au milieu des adhérences : l'ouverture des poches séreuses, la destruction des cloisons sous lesquelles on retrouve des trompes souvent oblitérées, mais des ovaires encore actifs, suffisent à donner une guérison relative et à éviter la reproduction des kystes.

Je ne reviendrai pas sur les précautions techniques nécessaires pour conserver l'ovaire en place au bout du pédicule tubo-ovarien ; je dirai seulement que le fonctionnement de ces ovaires, privés des incitations utérines est probablement souvent déficient et voué à un ralentissement progressif plus ou moins rapide.

Je dirai enfin quelques mots des *greffes ovariennes.* Je ne partage pas à leur égard l'opinion de Cotte qui les considère comme pratiquement inutiles et vouées à une atrophie rapide. Sans doute, il vaut mieux, quand on le peut, garder l'ovaire en place, surtout si l'on garde l'utérus. Mais bien souvent, on peut hésiter à laisser dans le pelvis un ovaire tout entouré d'adhérences, écorché et saignant, surtout s'il était, avant l'opération, douloureux et si l'on a des craintes sur son avenir.

En semblable occurence, j'ai volontiers recours à la greffe de Douay, dans les grandes lèvres. Je la préfère à la greffe épiploïque, à cause des facilités de l'ablation éventuelle, d'ailleurs bien rarement nécessaire. Sans doute la valeur de ces greffes est très inégale ; il en est qui fonctionnent régulièrement pendant plusieurs années, d'autres qui s'atrophient rapidement. Dans l'ensemble, elles me paraissent cependant procurer un bénéfice appréciable.

La *conservation de l'utérus isolé,* sans ovaires, ne me paraît pas présenter de bien réels avantages. J'exclus les cas où se sont produites des règles, car il restait encore de l'ovaire et ces faits ne rentrent donc pas dans le cadre de ce paragraphe.

Avec l'utérus seul, sans ovaire, il n'y a pas de règles. Les quelques avantages qui en restent au point de vue de la statique pelvienne ; ceux, très problématiques qui en demeurent pour l'équilibre endocrinien sont-ils compensés par les risques : cela me semble douteux.

Il est aujourd'hui nécessaire de bien connaître les ressources de la chirurgie conservatrice en gynécologie pour les utiliser, le cas échéant, à bon escient. Mais il ne faudrait pas que l'emploi de ces ressources devint l'occasion d'une surenchère. Faisons de la conservation fonctionnelle quand il est raisonnable de la faire, sans plus. Le respect de la physiologie ne doit pas nous faire oublier le souci de la guérison. La guérison, toute relative après une mutilation, ne doit pas être acquise par un sacrifice inutile, mais comporte des sacrifices néces-

saires. En gardant des organes qui souvent sont plus ou moins touchés par la maladie, on laisse subsister des risques : il faut comparer ces risques au bénéfice retiré de la conservation.

Une femme jeune acceptera des ennuis, des douleurs, voire une diminution de son activité, même l'éventualité d'une nouvelle opération pour conserver des espoirs de maternité. Le maintien de la fonction génétique autorise des tentatives de conservation poussées jusqu'à la témérité.

Il n'en est pas de même du maintien de la fonction génitale cyclique, surtout à mesure qu'on approche de la ménopause. Certes le bienfait que procure la conservation de cette fonction et par elle de l'équilibre endocrinien est indéniable, mais à la condition qu'il ne soit pas diminué par la persistance de douleurs, de pertes anémiantes, de réduction d'activité et surtout par le risque d'une opération itérative.

A plus forte raison, ces remarques valent pour la conservation d'un ovaire seul ou de l'utérus seul. Ces opérations, pour être légitimes, ne doivent comporter, autant qu'il est possible de prévoir, aucun risque lointain.

Tout cela ne peut se résumer en formules mathématiques : c'est affaire de bon sens et d'expérience. Mais il est sage de ne pas donner aux malades des espoirs qui peut-être seraient déçus : il ne faut jamais promettre de conserver, mais seulement de faire tout le possible pour conserver en totalité ou en partie les organes et les fonctions : il est prudent de se défier des insuffisances du diagnostic clinique et des surprises de l'opération.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

La sulfamidothérapie intra-artérielle dans les infections graves des membres

MM. Demirleau et Guénant (*Presse Médicale*, 19 septembre 1942) ont employé la sulfamidothérapie intra-artérielle dans plus de 70 cas avec des résultats particulièrement encourageants.

Les dangers d'hémorragie leur ont paru pratiquement nuls et ils n'ont jamais observé ni de manifestations cutanées ni de gangrènes au cours de 200 injections.

La technique ne comporte pas de difficultés pouvant faire rejeter la méthode : ponction trans-cutanée avec une aiguille fine à biseau court, de la fémorale au dessous de l'arcade crurale, de l axillaire ou de la sous-clavière ; mise en place d'un garrot à la racine du membre, ponr retarder la diffusion du produit dans la circulation générale.

Les auteurs utilisent de préférence le soludagénan, l'ampoule de 3 c. c. étant diluée dans 7 c. c. de sérum physiologique.

La dose d'attaque est de 9 c. c. pour le membre inférieur et de 6 c. c. pour le membre supérieur. Les injections peuvent être répétées tous les jours ou tous les deux jours en procédant par dosage décroissant.

Les observations des auteurs se rapportent à des infections graves des membres : lymphangites étendues et suppurées, phlegmon diffus, plaies infectées, suppurations chez les diabétiques, fractures ou luxations ouvertes ; ces dernières constituent une des applications les plus intéressantes de la méthode.

Dans l'ostéomyélite, les auteurs n'ont noté aucune amélioration. Dans les arthrites suppurées, la ponction quotidienne suivie de l'injection *in situ* de soludagénan a donné des résultats qui ont permi d'éviter l'injection intra artérielle.

Un érysipèle du membre inférieur fut guéri en quatre jours par deux injections. G.

Les traumatismes du bassin. Fractures et luxations, par C. Lepoutre. In-8°, 50 p., 43 pl. Publication du *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1942.

Cette étude est basée sur l'observation de 170 cas inédits, recueillis dans les archives des grandes compagnies minières. Après la description des divers types de fractures, après la recherche du traitement le plus convenable, l'auteur expose la durée de l'incapacité complète du travail, ainsi que l'incapacité complète et permanente à laquelle le traumatisme peut aboutir.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Applications cliniques de la réaction de Takata-Jezler

Cette réaction, proposée en 1925 par Takata pour différencier la pneumonie de la broncho-pneumonie, fut appliquée par Jezler (de Bâle), en 1929, pour explorer le fonctionnement du foie, en raison de l'apparente corrélation de l'épreuve avec l'equilibre des protéïnes sériques. Et, en 1934, cet auteur démontrait la grande fréquence d'une réaction de Takata positive au cours des affections sérieuses du foie, quelle qu'en fut la nature : sur 104 cas comportant une réaction positive, 2 seulement ne présentaient pas de lésion parenchymateuse du foie à l'autopsie.

M Van der Hœder, dans le service du Pr Govaerts, a effectué plus de 400 réactions de Takata-Jezler dont il donne le détail (*Revue belge des Sciences médicales*, juillet-août 1942). Voici les conclusions pratiques de son mémoire :

L'application de la réaction de Takata-Jezler peut être précieuse dans les circonstances suivantes :

1° Chez un malade présentant un gros foie, l'utilisation de la réaction présente un intérêt de tout premier ordre dans le diagnostic différentiel parfois très difficile entre une cirrhose et un cancer du foie. Une réaction positive plaide pour la cirrhose et contre l'entreprise qui ne détermine que rarement une réaction positive, même si l'envahissement est très étendu. Une stase hépatique de longue durée peut également donner une réaction positive lorsqu'elle réalise une cirrhose cardiaque, mais le diagnostic d'une telle condition est en général aisé.

2° Chez un malade porteur d'une ascite pauvre en albumines, une réaction de Takata-Jezler positive plaide en faveur d'une cirrhose, à moins que l'ascite ne fasse partie du tableau d'une néphrose ou d'une décomposition cardiaque. Dans ce dernier cas, la réaction est parfois positive lorsque la stase très prolongée a altéré le foie, souvent dans le sens de la cirrhose cardiaque.

3° Chez un malade porteur d'une ascite riche en albumine, une réaction de Takata-Jezler négative est un argument de plus pour une origine inflammatoire ou néoplasique, plutôt que cirrhotique. Positive, elle invite à rechercher une lésion du foie : maladie de Hodkin, cancer secondaire massif ou même cirrhose, si l'ascite a été surinfectée en particulier par la tuberculose.

4° Chez un malade atteint d'ictère, une réaction positive au début plaide contre une cause mécanique et pour une lésion parenchymateuse, surtout si la réaction positive est associée a une épreuve de galactosurie altérée et à un taux de phosphatases sanguines abaisse

5° Chez un malade atteint d'ictère catarrhal, une réaction positive permet d'entrevoir une évolution prolongée ou doit même faire suspecter une cirrhose latente si le malade est relativement âgé.

6° Chez un tuberculeux pulmonaire, une réaction positive fera penser à une lésion du foie ou fera rechercher une amyloïdose éventuelle.

7° Une réaction de Takata-Jezler positive associée à une épreuve de galactosurie altérée indique presque à coup sûr une altération hépatique. G.

La médication ferrique intra-veineuse dans les anémies

Baechmann et L. Kohler (*Klin Wochensch.*, 18 juillet 1942) donnent quelques résultats de l'emploi du fer par voie veineuse. Celle-cia l'avantage d'éviter les inconvenients digestifs fréquemment observés par voie orale. lorsque l'onatteint des doses élevées et les nouvelles préparations essayées (Ce-Ferro et Ferro 66) donnent peu de réactions à condition d'être injectées lentement.

Les bons effets de la médication, observés surtout dans les anémies hypochromes, amènent une élévation de l'hémoglobine et même une élévation des réticulocytes. Celle-ci ne s'explique que si on considère le fer comme agissant d'abord sur la régeneration medullaire puis ensuite seulement en tant que matériau de reconstitution globulaire.

G. L.-L.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Intertrigos

Les intertrigos ont pour caractères communs d'avoir pour siège un pli naturel et d'être très tenaces. On en distingue deux variétés : les intertrigos microbiens et mycosiques.

I. — Intertrigos microbiens

On les rencontre le plus souvent dans le pli rétro-auriculaire, inguinal, fessier, axillaire, sous-mammaire. L'obésité en favorise l'écloson ainsi que certains traumatisme (bandage herniaire) et le diabète.

Sous sa forme la plus bénigne, c'est une légère fissure rose. Dans un deuxième cas de part et d'autre de la fissure existent deux surfaces roses symétriques qui se correspondent et l'épiderme est macéré. Sous sa forme plus sévère, on observe une extension considérable des lésions en dehors des zones de contact des parties malades avec suintement abondant.

Le streptocoque s'y rencontre invariablement (Sabouraud). L'infection secondaire staphylococcique sous forme d'éléments pustuleux complique parfois les intertrigos microbiens.

Traitement. — 1° S'il y a inflammation avec exsudation séreuse abondante, faire des attouchements six à dix fois le jour avec un pinceau d'ouate hydrophile mouillé de la préparation de Dalibour :

Sulfate de cuivre	1,25
Sulfate de zinc	1,25
Eau-de-vie camphrée	2,50
Teinture de safran	0,25
Eau distillée	500

et la nuit appliquer une légère couche de liniment oléo-calcaire. Le matin nettoyer à l'huile d'olives.

2° Sitôt la phase aiguë terminée, appliquer le matin une légère couche de :

Ichtyol	5
Eau distillée	100
Résorcine	1

laisser sécher et recouvrir d'une crème calmante :

Lanoline	5
Vaseline	20
Eau de roses	5
Oxyde de zinc	3

le matin, nettoyer à l'huile.

3° En cas de persistance des lésions ou sur les intertrigos anciens, l'iode surtout et le nitrate d'argent sont indiqués.

Iode matélloïdique	0,30
Alcool à 90°	30
ou :	
Nitrate d'argent	1
Eau distillée	20

en friction dure avec un pinceau d'ouate, et recouvir de crème de zinc ;

4° S'il y a eczématisation, la crème de zinc sera remplacée par la pommade suivante :

Goudron de houille brut lavé neutre.	3
Oxyde de zinc	1,50
Lanoline	5
Vaseline	20

Dans les fissures profondes, étaler une légère couche de Baume du Commandeur avant la pommade.

5° Les pustulations staphylococciques seront traitées avec la lotion soufrée :

Soufre précipité	10
Alcool à 90°	10
Eau de roses	100
Glycérine neutre	5

Agiter avant l'usage.

II. — Intertrigos mycosiques

Les plis naturels sont aussi le siège de lésions ayant pour agent causal un parasite mycosique. L'érythrasma, l'eczéma marginatum de Hébra, les oïdiomycoses s'y rencontrent fréquemment.

1. Erythrasma

Dû au *microsporum minutissimum* il se présente sous la forme d'une plaque rouge brunâtre, finement squameuse, ne dépassant pas le pli de l'aine et s'étendant au contraire sur la racine de la cuisse.

Traitement. — Savonnage bi-quotidien au savon à l'ichtyol et matin et soir friction dure à l'alcool iodé au centième. Recouvrir d'une crème à l'oxyde de zinc. Prolonger le traitement même après la disparition des lésions.

2. Eczéma marginatum de Hebra ou Epidermophytie Inguinale

Il occupe le même siège que l'erythrasma, mais les placards d'un rouge plus vif ont le bord surélevé et parsemé de fines vésicules. L'*épidermophyton inguinal* en est l'agent causal.

Traitement. — Le traitement iodé suffit le plus souvent, mais il est parfois nécessaire de lui adjoindre la pommade suivante :

Acide chrysophanique	0,30
Axonge à chaud	30

Même savonnage au savon à l'ichtyol.

L'épidermaphyton inguinal envahit fréquemment les espaces interdigitaux des pieds et la mycose revêt ici une ténacité particulière.

Le traitement nécessite le raclage des peaux mortes à la curette avant d'appliquer la lotion iodée que l'on recouvre par massage de la pommade de Whilfield.

Acide salicylique	1
Acide benzoïque	2
Axonge fraîche	30

Les récidives sont fréquentes.

3. Oïdiomycoses ou intertrigos à levures

Elles se présentent sous l'aspect érythémato-vésiculeux (Petges, Joulia). Nées au fond d'un pli, elles le débordent et peuvent envahir de grandes surfaces. Les plaques exsudatives ont un aspect vernissé.

Traitement. — La lotion iodée au centième, la pommade de Whilfield trouvent ici leur emploi ainsi que la lotion suivante :

Acide benzoïque	1 à 2
Acide salicylique	1 à 2
Liqueur d'Hoffmann	100

(Joulia).

Chez les enfants, les mêmes préparations seront employées mais à faible dosage.

Dans le traitement des épidermomycoses par les préparations iodées, l'excellente formule de Puente, de Buenos-Ayres :

Iode métalloïdique	1
Iodure de potassium	1
Acide borique	1
Acide salicylique	2
Teinture de benjoin	100

nous a paru toujours très supérieure aux autres.

Maurice Pignot.

Entretiens de biophysique, par le Docteur P. Lemay. Un vol. in-8°. Le François, édit.

L'étude comparée du quartz piézo-électrique et de la cellule nerveuse permet à l'auteur de présenter sous un jour nouveau le fonctionnement du système nerveux. Il tire des conclusions, quant à la mémoire et aux manifestations supérieures de l'intellect. Il présente, en outre ses vues sur l'anaphylaxie, une nouvelle biochimiothérapie et enfin quelques considérations sur l'évolution des espèces.

Autant de concepts qui peuvent créer un climat de réflexions pratiques et philosophiques.

INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laënnec. Professeur Jean Troisier). — Un *cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires* aura lieu du 19 octobre au 26 novembre 1942 et il sera suivi du 27 novembre au 12 décembre 1942 d'un cours théorique et pratique sur : *Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.* Droits d'inscription : 450 francs pour le premier cours, 500 francs pour le second cours et 800 francs pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements et inscriptions : Clinique de la tuberculose tous les matins de 10 heures à midi (Docteur Brouet), et au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet no 4), les lundis, mercredis, vendredis de 14 heures à 16 heures.

Assistance publique — Hôpitaux

Concours pour la nomination à deux places d'assistants en stomatologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 10 novembre 1942, à 9 heures, 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite. Inscriptions de quatorze heures à dix-sept heures, depuis le lundi 19 octobre jusqu'au mardi 27 octobre 1942 inclusivement.

Concours pour la nomination à deux places d'assistants en obstétrique des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 27 octobre 1942, à 9 heures, 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite. Inscriptions de quatorze heures à dix-sept heures, depuis le jeudi 1er octobre jusqu'au lundi 12 octobre 1942 inclusivement.

Sociétés Savantes

XLIIIe session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XLIIIe Session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Montpellier les 28, 29 et 30 octobre 1942.

Les rapports suivants y seront exposés et discutés :

1o Les anorexies mentales ; 2o Les traumatismes cranio-cérébraux récents et anciens ; 3o Les conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels.

Deux séances seront réservées à des communications neurologiques et psychiatriques.

Prière de se faire inscrire d'urgence auprès du Secrétaire de la Session, Docteur Hugues, Hôpital psychiatrique Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).

Vie professionnelle

Nouvelle loi relative à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité. — Le Secrétariat d'Etat à la Guerre et le Conseil supérieur de l'Ordre se sont préoccupés d'organiser *la relève.*

Mais il restait à préserver les intérêts matériels des médecins retenus en captivité et à leur conserver leur place dans notre organisation médicale. C'est le but de la loi qui vient de paraître au *Journal officiel.*

Certes, des efforts avaient déjà été faits dans ce sens. En premier lieu, l'application des dispositions du décret de 1940 avait permis pendant quelque temps de maintenir une protection relative. Ses dispositions avaient enfin été perfectionnées par la loi du 2 avril 1941.

Mais l'expérience a montré que ces textes, dont l'intention était par ailleurs excellente, avaient cependant une portée pratique insuffisante, et qu'il était nécessaire de refondre et compléter leurs dispositions. En particulier, si la loi du 2 avril préservait la clientèle des médecins retenus en captivité, tant que durait leur absence, par contre son action cessait au jour même du retour de ces derniers. De même, la situation des jeunes médecins non installés et des étudiants en fin de scolarité ne faisait l'objet d'aucune disposition protectrice.

En premier lieu, la loi édicte le principe que seuls pourront bénéficier des mesures protectrices qu'elle contient les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins 18 mois. Le but de cette disposition s'explique aisément : le législateur n'a évidemment pas voulu donner à la loi une trop grande rétroactivité, qui n'eut pas été sans ouvrir des conflits auxquels il eut été impossible de donner une solution humaine. Du reste, si l'on excepte une courte période suivant l'armistice, peu de médecins sont encore rentrés de captivité, et tous ont retrouvé sans difficulté leur situation antérieure.

La nouvelle loi introduit ensuite une distinction judicieuse entre la situation des médecins de campagne et celle des praticiens des villes.

Dans les campagnes, le Conseil supérieur de l'Ordre pourra désormais déterminer, autour du lieu d'exercice de chaque médecin retenu en captivité, *une circonscription réservée*, à l'intérieur de laquelle il sera interdit de créer un nouveau cabinet médical, si ce n'est à titre temporaire et jusqu'au retour du titulaire ; cette interdiction sera, en outre, prolongée pendant les cinq années qui suivront le retour de ce dernier. La discrimination entre les localités à caractère rural et celles à caractère urbain est effectuée d'après le nombre des médecins qui y exerçaient en 1939, celles où exerçaient quatre médecins au plus étant considérées comme rurales, et celles où exerçaient cinq médecins au moins étant considérées comme urbaines.

Dans les villes par contre, il était impossible d'appliquer une telle mesure, parce que les clientèles médicales y sont trop intimement imbriquées. Il a donc été prévu que les Conseils de l'Ordre pourront inviter les praticiens assurant, en outre, de leur clientèle plusieurs emplois publics ou privés à céder l'un d'eux aux médecins retour de captivité, de façon à constituer en faveur de ceux-ci une amorce de clientèle et les aider à retrouver un minimum vital.

D'autre part, une mesure spéciale a été prise en faveur des jeunes médecins non installés au moment des hostilités, et des étudiants en médecine en fin de scolarité. Ceux-ci se verront réserver par priorité les postes des médecins étrangers interdits en application de la loi du 2 avril 1941. Dans ce but, la circonscription réservée pourra être établie autour de chacun de ces postes.

On voit que ces diverses mesures confient à la corporation médicale le soin de préserver la situation matérielle des médecins retenus en captivité. Aucun autre organisme ne semblait en effet plus qualifié pour assurer cette tâche, qui demande à la fois une pieuse vigilance et une connaissance parfaite des intérêts en présence.

Outre son indiscutable portée matérielle, la nouvelle loi apporte aux médecins des camps de prisonniers un réconfort moral, car elle sera pour eux la preuve évidente que la Nation et la Corporation médicale les considèrent toujours comme moralement présents.

Loi relative à l'Ordre des médecins et à l'organisation des professions médicale et dentaire. — La loi qui a paru au *Journal officiel* (18 septembre) a pour but de pallier aux faiblesses constatées dans la structure de la Corporation médicale.

L'Ordre national des médecins, créé par la loi du 7 octobre 1940, fut l'une des toutes premières réalisations corporatives réalisées par le Gouvernement du Maréchal. Le législateur n'avait donc pu, à cette époque, s'inspirer d'aucune organisation ni expérience antérieure. Il n'est donc pas étonnant que près de deux années d'application aient révélé dans son organisation, certaines imprécisions et certaines insuffisances.

La nouvelle loi s'appuie donc sur une expérience assez longue dans l'application de l'idée corporative à la profession médicale. Elle apporte des solutions logiques aux problèmes posés par les nécessités, et constituera par suite un sérieux motif d'apaisement pour le Corps médical.

Enfin, elle est le fruit d'une collaboration étroite entre le Secrétariat d'Etat à la Santé et le Conseil supérieur de l'Ordre et l'Académie de médecine, qui sont les conseillers naturels des Pouvoirs publics et représentent tous deux une haute autorité morale.

La loi comprend 61 articles, divisés entre quatre titres. Le titre Ier traite de l'organisation de la profession médicale ; le titre II de celle de la profession dentaire ; le titre III de l'inscription au tableau de la discipline ; le titre IV est relatif à des dispositions générales ou transitoires.

Avant toutes choses, il a paru nécessaire de séparer sur le plan local les deux principes de base de la Corporation, que la précédente législation avait confondus ; d'une part, *l'organisation professionnelle proprement dite*, chargée de toutes les attributions corporatives et assurant la défense et la gestion des intérêts du Corps médical ; d'autre part, *l'Organisation juridictionnelle*, chargée de veiller à l'honneur et à la moralité de la profession.

La nouvelle loi conserve la notion d'un « Ordre professionnel », groupant l'ensemble des médecins et des praticiens de l'Art dentaire. Mais elle crée dans chaque département un « *Collège des médecins* » et un « *Collège des praticiens de l'art dentaire* », chargés de la défense et de la gestion des intérêts professionnels ; ces groupements de base constitueront donc la véritable expression locale de la corporation. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que les « Collèges » ont constitué, à diverses époques de notre histoire, les groupements corporatifs des professions à caractère libéral.

Ces « Collèges » seront administrés par des Conseils élus. Toutefois, à titre transitoire et pour la constitution des premiers Conseils, seuls seront éligibles les praticiens inscrits sur des listes d'agrément établies par le Secrétaire d'Etat à la Santé ; ces listes comprendront quatre noms par siège à pourvoir. Cette formule permettra de concilier le légitime désir qu'éprouve le Corps médical de choisir lui-même ses chefs, et les nécessités actuelles, qui imposent au Gouvernement le devoir d'empêcher tout réveil de passions au sein de la Nation. Enfin, le fait que de nombreux médecins sont encore retenus en captivité et ne peuvent de ce fait, exprimer leur choix, interdit de recourir pour l'instant à l'élection proprement dite.

Les attributions juridiques de la Corporation ont été transférées à des Assemblées régionales, qui prendront le nom de « *Conseils régionaux de l'Ordre des médecins* ». L'expérience a montré, en effet, que l'échelon départemental était trop proche des contingences locales pour assurer en toute indépendance les pouvoirs juridictionnels : grâce à cette nouvelle mesure les juges gagneront en indépendance et en sérénité. D'autre part, la moralité de la profession médicale intéressant non seulement les médecins eux-mêmes, mais surtout l'Etat par la répercussion qu'elle peut avoir sur la Santé publique, ces Conseils juridiques seront désormais constitués par voie d'autorité, et leurs membres nommés par le Secrétaire d'Etat à la Santé, sur présentation des Conseils des Collèges départementaux.

A l'échelon national, l'Ordre sera dirigé et surveillé par un « *Conseil national* », qui groupera dans ses attributions à la fois les questions corporatives et juridiques. Ces dernières, toutefois, seront plus spécialement de la compétence d'une *Chambre de discipline*, jugeant en appel les décisions des Conseils régionaux de l'Ordre, et constituée dans son sein.

Les membres du Conseil national seront élus à raison d'un par région sanitaire, à l'exception de la Région parisienne qui comptera cinq représentants, ce nombre étant justifié par l'importance numérique de son Corps médical. En outre, il comprendra un représentant

de l'Académie de médecine et cinq membres choisis par cooptation par les autres membres du Conseil.

Les dispositions relatives à l'inscripiton au tableau et à la discipline ont été groupées dans un même titre, ce qui donne à la loi plus de clarté. Les pouvoirs des Conseils régionaux de l'Ordre dans ces deux matières ont été soigneusement déterminés et précisés.

Enfin, il y a lieu de souligner que la nouvelle loi abroge toutes les obligations antérieures sur les Conseils de l'Ordre et leurs sections dentaires. Elle constitue de ce fait, une synthèse et une codification des dispositions législatives relatives aux Corporations médicale et dentaire.

ECHOS & GLANURES

Un grand aliéniste français. — Ce fut Gaëtan Gatian de Clérambault. Presque un nom de conquistador ; en tout cas un être racé qui pouvait faire figurer dans son arbre généalogique Descartes et Alfred de Viguy et Musset !

Il était né en 1872, à Bourges, où son père était inspecteur d'enregistrement. Il fit des études, qui n'annonçaient point un prodige, mais seulement un esprit curieux de tout, obtenant des premiers prix de mathématiques comme de version grecque.

Clérambault s'orienta d'abord vers l'Ecole des Arts décoratifs, fit deux années de droit, puis finalement opta pour la médecine. En 1898, il était nommé interne des Asiles de la Seine ; en 1905, médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale. Après la guerre de 1914-1918 où on le vit sur tous les fronts, en France, au Maroc, à Salonique, blessé, cité plusieurs fois, il reprit son poste à l'Infirmerie spéciale dont il fut nommé médecin-chef en 1920.

C'est là que Clérambault a édifié toute son œuvre psychiatrique, accumulant les observations dont il donnait la substance dans des leçons savantes, suivies avec passion par les spécialistes, ne se laissant distraire de ce labeur que par des études ethnographiques sur le drapé arabe, études qui firent l'objet de conférences à l'Ecole des Beaux-Arts de 1923 à 1926.

Au début de 1934, Clérambault devenu presque aveugle, dut se faire opérer de la cataracte. Il revint de Barcelone, ayant presque retrouvé la vue. Mais d'autres infirmités lui faisaient apparaître l'avenir bien sombre. Il eut la sensation d'être « un homme fini ». Et ce fut le geste tragique : le 17 novembre, Clérambault se tirait un coup de revolver dans la bouche.

On a beaucoup épilogué sur cette mort ; les journaux consacrèrent échos et articles à celui qu'ils appelaient « l'aliéniste aliéné », légende dont Mme Renard démontre toute la fausseté dans l'étude qu'elle vient de consacrer à Clérambault et à son œuvre. (Thèse de Paris, avril 1942, Le François, éditeur).

Biographie pieuse, derrière laquelle se devinent des amitiés restées fidèles et dont Clérambault était digne par son caractère:

« Entre le psychiatre de l'Infirmerie spéciale et l'esthète des Beaux-Arts, il y avait, écrit Mme Richard une multitude d'intervalles dans lesquels apparaissaient des êtres différents. Savant et artiste, travailleur acharné, sportif, contemplateur mystique ; libertin et ascète ; solitaire et homme du monde , d'un orgueil légitime s'amenuisant parfois jusqu'à la vanité de l'enfant, méfiant et spontané dans ses sentiments ; égoïste et dévoué, dur envers certains, d'une bonté exquise envers d'autres ; tels sont les éléments disparates que nous avons dérobé au cœur de ses amis.

Nul n'a connu plus que lui l'éternelle ambivalence de tout sentiment humain. Mais il avait des qualités morales qui ne supportaient qu'une face. Aimant par dessus tout la vérité, il était loyal, intègre, d'une franchise absolue, intransigeant pour les intrigues et les compromis ».

Quant à son œuvre scientifique, si elle reste inachevée, elle n'en est pas moins considérable. Par sa doctrine de l'automatisme mental, Clérambault a introduit la notion du syndrome en psychiatrie ; grâce à lui, le groupe obscur des psychoses hallucinatoires chroniques, avec leurs délires prolifiques et variés, est devenu une entité clinique définie.

Enfin, il a donné de l'érotomanie une description définitive, devenue classique. « Cette œuvre, dit Mme Richard, n'est encore teintée que d'une gloire naissante, mais avec le recul du temps, les psychiatres futurs pourront comparer la psychiatrie obscure et embrouillée d'avant Clérambault, avec la science simplifiée, et munie de règles, que l'Automatisme mental aura mise devant eux ».

Plaidoyer contre les ilots insalubres. — C'est le Docteur P. Joannon qui le prononce dans l'*Architecture française* (mars-avril 1942) :

« Lutter pour la beauté et la bonté de la ville, pour la beauté et, dit-il, la bonté de chaque maison, de chaque école, de chaque atelier, c'est lutter directement ou indirectement contre toutes les maladies. Lorsqu'on envisage un fléau social quelconque, par exemple la tuberculose ou l'alcoolisme, on a tort de faire trop confiance à l'armement particulier dirigé contre le mal considéré ; avec ses méthodes, son matériel et son personnel spécialisés, cet armement direct est, certes, indispensable, mais son efficacité demeure limitée. Cette action doit être complétée , accompagnée et même précédée par la constante bienfaisance de l'armement sanitaire général, dont fait, à l'évidence, partie tout ce qui concourt à rendre la demeure et la cité vraiment tutélaires.

Dans les quartiers dits populaires, qu'on aime assez l'enfant, la ménagère et l'ouvrier pour ne rien faire qui les puisse priver « chez eux » et au dehors des sécurités nécessaires, jugées fondamentales et comme naturelles dans les milieux aisés, sécurités élémentaires que, chez les gens riches, un souci d'élégance et de confort cherche en général à dépasser, avec un succès d'ailleurs variable, souvent piteux.

Mettons assez de lumière aux fenêtres, assez d'air et d'eau dans les pièces, assez de silence aussi. Aux murs « d'en face » imposons assez de distance, donnons-leur assez de discrétion ou d'agrément et laissons au-dessus d'eux assez de ciel. N'acceptons pas que les pièces « sur cour » soient moins bien partagées que les pièces sur rue. Les remparts abolis révoltons-nous, le mot n'est pas trop fort, contre la rue étroite, aujourd'hui indéfendable, et contre le quartier sans jardin, c'est-à-dire n'y habituons plus nos yeux, ni notre âme. Si nous hésitons à penser du mal de la cour, même orthodoxe, allons visiter par temps pluvieux, les annexes du ministère de la Santé publique, rue de Tilsitt, ou certains bureaux du Comité national de défense contre la tuberculose, boulevard Saint-Michel, et nous n'y verrons assez pour lire qu'avec le secours d'un éclairage artificiel. Si nous tremblons de donner tort à la rue étroite, encore classique, nous souvenant d'une page où Huysmans se moque « des larges boulevards, des squares étriqués et des rues vastes », allons, entre le boulevard Raspail et la rue Duguay-Trouin, parcourir la rue Huysmans et sentons la tristesse qu'en manière de châtiment son défaut de largeur inflige aux masses neuves, riches et sombres des grands immeubles qui la bordent. Réclamons assez d'espaces libres, immédiats ou proches, assez de sol sensible au rythme des saisons, assez de tout ce qui, même inconsciemment, de la porte de la maison à celle de l'école, de la boutique ou de l'usine, satisfait, entretient et stimule non seulement la vitalité de chacun dans ce qu'elle a de plus animal, mais aussi le goût profond de poésie que tout homme, petit ou grand, porte en lui ».

Charles Cros, étudiant en médecine et inventeur du phonographe. — Guy-Charles Cros rappelle (*Les Nouveaux Temps*, 25 septembre 1942) que son père, Charles Cros, fut l'inventeur de l'appareil qu'Edison appela phonographe.

Charles Cros était né le 10 octobre 1842 dans un petit village de l'Aude. Il fit sa médecine, comme son frère Antoine et la poussa jusqu'au doctorat exclusivement.

C'est le 18 avril 1877 que Charles Cros, dont son fils rappelle le souvenir (*Les Nouveaux Temps*, 25 septembre 1942), adressa « à l'Académie des sciences un pli cacheté contenant « *la description d'un procédé d'enregistrement et de reproduction des phénomènes perçus par l'ouïe* ». Ce pli, qui contenait la description détaillée d'un instrument baptisé *paléophone* par son inventeur, fut ouvert en séance publique le 3 décembre 1877 et, contrairement à tous les précédents, publié intégralement dans les comptes rendus de l'assemblée. Entre temps, le 10 octobre 1877, un ami de Charles Cros, l'abbé Lenoir, qui signait la chronique scientifique de *La Semaine du Clergé* (périodique très lu en Amérique), publia sous le pseudonyme de Leblanc un article où il exposait tout au long, l'invention nouvelle pour laquelle il proposait, pour la première fois, le nom de phonographe. Or, ce n'est que le 19 décembre 1877, soit plus de deux mois après la parution de cet article et seize jours après l'ouverture du pli cacheté de Charles Cros, qu'Edison prenait un premier brevet intitulé : « *Perfectionnement dans les instruments pour contrôler par le son la transmission des courants électriques et la reproduction des sons correspondants aux lointains* ». Ce n'est qu'à la fin de ce même mois de décembre 1877, dans un additif à ce brevet pris par son correspondant en France, qu'Edison envisage, sans entrer dans aucun détail, le problème de la reproduction *mécanique* des sons. Et, enfin, c'est seulement le 15 janvier 1878, soit huit mois et demi après le dépôt du pli cacheté de mon père, qu'apparaît la description de l'appareil tel qu'il fut d'abord réalisé.

Par cette même occasion, Edison s'emparaît, pour désigner la machine parlante, du mot *phonographe*, proposé plus de trois mois auparavant par l'abbé Lenoir dans *La Semaine du Clergé*. Rencontre bien curieuse, n'est-ce pas ? »

Charles Cros s'occupa aussi de la photographie des couleurs où la priorité lui est acquise, avant Ducos de Hauron.

Et cet inventeur fut aussi un poète à qui, le *Coffret de Santal* a valu une renommée plus grande et moins justifiée que le paléophone. Il mourut vers 1885.

BIBLIOGRAPHIE

Questions gynécologiques d'actualité. Un volume de 122 pages, 30 francs. Expansion Scientifique Française, Paris.

Ce volume groupe vingt-neuf travaux sur des questions gynécologiques d'actualité.

On y trouvera en particulier une mise au point sur les trois grandes questions à l'ordre du jour : les aménorrhées, la testostérone en gynécologie et les sulfamides en gynécologie.

Notre corps, cette merveille, par le Docteur Pierre Vallery-Radot. Un volume in-16, 192 pages, IV planches. Prix : 24 francs. Editions Albin Michel, Paris.

Ce livre met à la portée de tous les mécanismes de la machine humaine. Il possède le mérite de rendre accessibles à chacun des notions scientifiques cependant complexes, grâce à un vocabulaire courant et à des comparaisons familières.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le syndrome nerveux du déséquilibre alimentaire

Par **Guy LAROCHE, LEFEBVRE, J. TREMOLIÈRES, Me de PIERREDON**

Contrairement à ce que l'on peut penser à un examen superficiel des malades, les œdèmes ne sont pas les seules manifestations cliniques du syndrome de déséquilibre alimentaire. Les troubles métaboliques qui le constituent peuvent réaliser des atteintes nerveuses avec une très grande fréquence. Signalées déjà lors de la grande guerre par Shlesinger (1), Maase et Zondek (2), associées aux œdèmes de guerre, nous les avons retrouvées dans les cas d'œdème observés actuellement avec une fréquence de 38 % sur 25 cas (3). C'est un pourcentage analogue (30 %) qu'Arias Vallejo (de Madrid) a constaté pendant la récente guerre civile espagnole.

Mais, à côté de ces formes associées, neuro-œdémateuses, il existe des formes pures, seules manifestations cliniques du syndrome de déséquilibre alimentaire. Nous avons observé deux cas de polynévrites. Arias Vallejo en signale lui aussi. Lorsqu'à l'exploration clinique, l'on adjoint l'exploration électrique (chronaximétrique en particulier) des nerfs et des muscles, la fréquence des troubles devient beaucoup plus grande. Nous avons examiné 70 sujets ayant perdu en moyenne 15 % de leur poids (de 12 à 45 %). C'était leur seul trouble clinique. Parmi eux quarante-sept avaient des chronaxies anormales dans le domaine du S. P. E., soit 68 %. La fréquence de ces troubles nerveux, montrant la sensibilité du système nerveux au déséquilibre alimentaire avec amaigrissement, nous a paru une notion importante à signaler au point de vue de la pathologie générale.

Étiologie. — Les facteurs étiologiques sont de deux ordres. D'une part les facteurs généraux du déséquilibre alimentaire. D'autre part les facteurs plus spéciaux à l'apparition des troubles nerveux.

Les premiers ont été développés ailleurs (4). Résumons les. Si la notion de l'insuffisance de la ration reste la base étiologique de ces troubles, qu'il s'agisse d'une insuffisance globale, protidique ou graisseuse, le taux de la ration antérieure est un facteur non moins important à considérer. Et si la notion de carence reste exacte, celle de déséquilibre alimentaire est plus précise et plus complète. Déséquilibre entre les taux caloriques des rations, déséquilibre entre les équilibres intrinsèques, protido-lipido-glucidiques, et peut-être aussi entre les équilibres vitamino-énergétiques. Mais il existe des facteurs qui prédisposent plus spécialement à l'apparition de troubles nerveux. *Les hommes* sont de beaucoup les plus atteints. Sur les 38 cas purs, sans œdème, que nous avons observés, il n'y avait que deux femmes.

Les gens *âgés* sont plus atteints que les jeunes. Nos malades avaient tous plus de 30 ans.

L'état *d'obésité antérieure*, associé à un régime alimentaire autrefois très riche, et l'amaigrissement ramenant ces obèses à leur poids physiologique ou même au-dessous, nous semble le facteur essentiel. En effet 75 % de nos malades étaient antérieurement obèses. Parmi eux environ 70 % avaient des troubles. Alors que, parmi les sujets antérieurement à leur poids physiologique, il n'y en avait que 25 % ayant des troubles chronaxiques.

Clinique. — De l'étude bibliographique et de nos observations, il résulte que le polymorphisme de ces troubles nerveux est extrême.

I. La forme polynévritique atteignant le S. P. E. correspond au cas le plus fréquent. *Son début* est, en général, rapide ; en huit à dix jours, chez un sujet ayant perdu plus de 15 % de son poids, parfois œdématié, sans qu'il soit possible de trouver à ces troubles d'autre cause qu'un changement important dans les habitudes alimentaires. On note parfois des douleurs dans les membres inférieurs ou des crises diarrhéiques dans les semaines qui ont précédé.

A la période d'état l'on observe chez le malade un steppage *unilatéral* typique. La force musculaire est extrêmement diminuée, voir abolie, surtout sur les extenseurs des orteils et du pied. Les péroniers et le jambier antérieur sont un peu moins atteints. Du côté opposé, bien qu'il n'existe pas de troubles de la marche, il est fréquent de constater une diminution de la force musculaire de l'extenseur propre du gros orteil. Il n'y a, en général, pas d'amyotrophie, ni de troubles trophiques importants. Les troubles de la sensibilité subjective ou objective, superficielle ou profonde, sont rares. Un réflexe achiléen ou rotulien peut être aboli. Enfin il existe des troubles électriques importants.

Si le S. P. E. est le plus souvent touché, d'autres localisations sont possibles : l'obturateur, le radial, le moteur oculaire commun.

II. Les formes myélitiques. — La forme la plus fréquente semble être une forme pseudo-tabétique, s'apparen-

FEUILLETON

Charles DAREMBERG

(1817-1872)

Daremberg, qui mourut voici septante ans, était né à Dijon en 1817. On ne sait rien de ses parents, sans doute des gens de condition modeste, si l'on en juge par les soucis matériels qui marquèrent les études du jeune homme. Un prêtre, plus tard Mgr. Morlot, évêque d'Orléans, s'en était chargé et Daremberg put ainsi commencer sa médecine.

Après une année d'internat à l'hôpital de Dijon, il vint à Paris. En même temps qu'il suit les services de Cloquet, Andral, Bouillaud, ses maîtres de prédilection, on le voit, sans doute pour raison pécuniaire, se livrer à des travaux de rédaction. Laboulbène a cité, comme le premier de ses écrits, un calendrier publié en 1839, avec des gravures sur bois et où on trouve, à côté d'anecdotes et de faits divers, des préceptes d'hygiène, de médecine et de pharmacie domestiques.

Ce début médico-littéraire fut suivi d'un autre plus sérieux sur les connaissances de Galien en anatomie, physiologie et pathologie nerveuses dont Daremberg fit le sujet de sa thèse, soutenue le 20 août 1841. Œuvre originale pour laquelle il s'était livré pendant trois ans à des études anatomiques au Muséum, cherchant, le scalpel à la main, le texte sous les yeux, à reconnaître si le médecin de Pergame avait disséqué des cadavres humains, pour arriver à cette conclusion que Galien n'avait ouvert que des singes et autres animaux.

Cette étude indique assez la tendance du futur professeur d'histoire de la médecine qui, pour vivre, exerce dans le quartier du faubourg Saint-Jacques où il est médecin du bureau de bienfaisance.

Ces modestes fonctions ne l'empêchent pas de poursuivre ses travaux sur la médecine ancienne. En 1843, il publie une traduction d'*Œuvres choisies d'Hippocrate*. L'année suivante, et on peut croire que cette traduction d'Hippocrate n'y fut point étrangère, Daremberg était nommé bibliothécaire de l'Académie royale de médecine.

Trois mois après, il partait pour l'Allemagne, chargé par le ministère de l'Instruction publique, de collationner les textes laissés par le Professeur Dietz, de Kœnigsberg.

Après ce premier voyage, dont le résultat fut la publication du *Traité du pouls*, de Rufus d'Ephèse, d'autres suivirent. Pendant dix ans, Daremberg, tantôt chargé de missions, tantôt à ses frais, explorera les bibliothèques d'Europe, rapportant des textes qui ont enrichi notablement la littérature médicale.

Mais son labeur ne se bornait point à des voyages et à des études de texte. Daremberg avait une autre conception de l'histoire dont il affirmait l'utilité pratique, particulièrement en médecine.

Eclairer la médecine moderne par la vieille médecine, tel était son but. L'article de journal ou de revue ne pouvait y suffire. Une tribune était nécessaire et l'opinion publique venait de la réclamer une fois de plus par la voix du Congrès médical. Ce ne fut pas sans résultat, puisqu'en 1846, Daremberg était chargé de faire au Collège de France, un cours complémentaire d'histoire de la médecine.

Les événements de 1848 empêchèrent la continuation de ce

tant avec ce que réalise souvent le syndrome neuro-anémique. Ce qui y domine, ce sont les troubles de la sensibilité profonde, surtout des membres inférieurs, entraînant une démarche ataxique, de la dysmétrie, un signe de Romberg. Les réflexes tendineux, achilléens et rotuliens, sont abolis. Des paralysies, portant surtout sur les muscles de la loge antéro-externe, sont possibles. Elles ajoutent le steppage à la démarche pseudo-tabétique. Elles s'accompagnent de troubles électriques. Les auteurs allemands (1) ont décrit des formes avec un signe de Babinski, réalisant des scléroses combinées.

III. Les formes psychiques. — Nous ne les décrirons ici qu'à titre d'association aux troubles précédents. Il s'agit, soit de syndrome de Korsakoff (Tinel), soit d'un état de puérilisme euphorique, soit même d'une véritable crise maniaque, pouvant nécessiter l'internement (3). Enfin on a signalé des névrites rétrobulbaires (Vallejo).

IV. Formes d'après les conditions d'apparition. — Toutes ces formes peuvent survenir chez de simples amaigris, surtout chez l'homme antérieurement obèse, chez des sujets œdématiés ou l'ayant été, ou au cours d'un syndrome plus complexe de déséquilibre alimentaire avec œdème, anémie, scorbut, pellagre.

Les *formes frustes* sont de beaucoup les plus fréquentes actuellement ; une simple abolition d'un réflexe tendineux, une diminution de la force musculaire sur l'extenseur propre du gros orteil. Dans ce cas, le diagnostic ne repose que sur les troubles électriques et le terrain sur lequel ils évoluent.

Les troubles électriques consistent parfois en un certain degré d'hypo-excitabilité neuromusculaire. Ces troubles de l'excitabilité sont particulièrement mis en évidence par la mesure précise de la chronaxie.

Ils sont parfois diffus, portant sur les domaines des nerfs S. P. E. et I., tant moteurs que sensitifs. Les chronaxies mesurées sont égales à deux ou trois fois la normale. On peut, dans ces cas, observer des troubles du même ordre aux membres supérieurs.

D'autres fois, ils sont plus localisés (au domaine du S. P. E. et particulièrement aux muscles pédieux et extenseur propre du premier orteil). En se mettant à l'abri des causes d'erreur dues à l'œdème souvent décelé par la pression profonde de l'électrode, ou à la diffusion du courant, les chronaxies sont considérablement augmentées, de 0,88 σ à 8 σ sur l'extenseur propre du premier orteil ; de 1 σ à 4,8 σ sur le pédieux ; de 1 σ à 2 σ sur le jambier antérieur, la chronaxie normale étant dans ce domaine de 0,6 σ à 0,32 σ.

Dans d'autres cas, associées ou non à ces troubles, il existe des modifications de la forme de la contraction musculaire ; la décontraction apparaît ralentie ; la recherche de la fusion anticipée des secousses faradiques qui se produit à 8, 10, 13 par seconde au lieu de 16 à 20 en permet la mesure. Nous avons observé dans un cas une véritable contraction myotonique sur le trapèze.

Un *syndrome biologique*, toujours le même, accompagne ces manifestations. Il n'est pas spécial aux polynévrites carentielles ; on le rencontre aussi bien au cours des œdèmes ou de simples amaigrissements. Il consiste, d'abord, en des troubles des protides du sérum. L'hypoprotidémie, au-dessous de 70 grammes par litre, est très fréquent. Dans les cas observés, au début, l'hypersérinémie, avec hypoglobulinémie, donc élévation au-dessus de 2 du rapport S/G. Plus tard, la sérine diminue plus que la globuline et le rapport S/G s'inverse (5 et 6). L'augmentation de l'azote résiduel est un stigmate important signalé par Guy Laroche. Grigaut et Trémolières (7) ils ont observé des taux dépassant 0,30 par litre. Nous discuterons plus loin la signification de ce trouble. Les autres troubles, hypolipidémie, augmentation du rapport : $\frac{\text{ester de cholestérol}}{\text{cholestérol total}}$ diminution de l'indice sulfophosphovanilique, sont moins importants en clinique.

Évolution. — Quelque soit l'aspect clinique, l'évolution semble pouvoir se faire de deux façons.

1° Il est des atteintes qui sont irréversibles et ceci malgré plusieurs mois de repos et une bonne alimentation. Ce sont plutôt les formes avec atteinte médullaire et psychique.

2° Il est des formes qui rétrocèdent complètement par le repos et une bonne alimentation. Mais le retour à la normale est toujours long. Même lorsqu'il s'est agi uniquement de troubles électriques, il a fallu au moins deux mois d'un régime comprenant, en plus d'une alimentation normale, une surcharge de deux litres de lait par jour, pour obtenir la guérison (8). Même pour de grands amaigris sans œdème, ne présentant que des troubles électriques, le retour des chronaxies à la normale demande plusieurs mois.

Diagnostic. — Le diagnostic *de la forme polynévritique isolée* atteignant les muscles de la loge antéro-externe de la jambe, se pose avec la *polynévrite alcoolique*. Mais on ne trouve pas la longue phase prodromique douloureuse. La paralysie installée ne s'accompagne pas de douleurs spontanées. L'atteinte paralytique est fréquemment unilatérale.

Enfin tous les signes d'alcoolisme font défaut. Les polynévrites arsénicales, saturnines, apioliques, auriques, dia-

---

cours qui ne reprendra qu'en 1864, en attendant son instauration définitive à la Faculté.

***

En juillet 1849, Daremberg partit avec Renan pour l'Italie. Les deux missionnaires étaient chargés de rechercher dans les bibliothèques les manuscrits grecs et orientaux intéressants pour l'histoire générale et la littérature médicale.

Ils explorèrent la Vaticane, la Corsinienne, la Barberine, séjournèrent à Florence, à Sienne, à l'abbaye du Mont-Cassin, faisant ample provision de documents que Daremberg résumait dans ses rapports à l'Académie de médecine.

Au mois de février 1849, il était de retour à Paris. Et il projetait déjà de nouvelles missions avec Renan, quand survint un incident qui l'affecta profondément et modifia sa carrière.

Daremberg recevait un traitement de 1.500 francs de l'Académie de médecine qui profita de son absence pour réduire ce traitement à 1.200 francs, tout en maintenant celui du commis des bureaux à 1.800 francs. Le procédé excita l'indignation de Renan qui, à ce propos, écrivait à sa sœur : « Daremberg a été l'objet à l'Académie de médecine de taquineries mesquines... J'ai toujours été frappé du caractère de coterie et de niais commérage du monde médical. C'est un guêpier, où je plains mon pauvre ami de s'être engagé ».

Daremberg s'en dégagea ! En décembre 1850, il cessait ses fonctions à la bibliothèque de l'Académie de médecine pour entrer à la Mazarine.

Et le changement ne lui fut pas préjudiciable. C'est en effet après son installation quai de Conti, que Daremberg publia ces monuments d'érudition que sont les *Œuvres d'Oribase*, les *Œuvres de Galien*, traduites, annotées et qu'il commença sa collaboration au *Journal des Débats*, à la *Gazette* et à l'*Union médicale*, où il donna régulièrement, pendant vingt ans, des articles sur l'histoire et la philosophie. Daremberg, dit Laboulbène, aimait le journalisme et sa critique impartiale, mais plutôt bienveillante, plaisait au lecteur.

***

Montagne, membre associé libre de l'Académie de médecine était mort au début de 1866. Littré, Sylvestre de Sacy conseillèrent à Daremberg d'oublier les mesquineries dont il avait été l'objet rue de Poitiers et de briguer les suffrages de leur Compagnie. L'ancien bibliothécaire s'y résolut avec une certaine défiance, d'autant plus qu'il avait comme concurrent Théophile Roussel, et que de Sacy lui assurait dans une lettre *(inédite)* que « le mérite et les droits acquis ne seraient dans cette occasion comme si souvent d'*aucun avantage* ». Pour cette fois, la prophétie fut fausse ; le 10 mars 1868, Daremberg était élu par 50 voix contre 29 à Th. Roussel et 6 à Amédée Latour.

Une autre élection allait lui être encore plus agréable parce qu'elle réalisait le but de ses efforts.

En 1869, un Maître des requêtes au Conseil d'Etat, Salmon de Champotran, frappé de l'insuffisance de l'enseignement médical sous le rapport de l'histoire, avait légué par testament une somme de 150.000 francs pour la création d'une chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie. Il avait laissé à la Faculté le soin de présenter le futur titulaire, en manifestant toutefois le désir d'y voir appeler Cusco. Ce dernier ayant décliné toute can-

bétiques diphtériques seront éliminées par leurs commémoratifs. La *forme pseudo-tabétique* pose le diagnostic du tabès, facile à écarter.

Quant au *syndrome neuro-anémique* il peut réaliser un tableau clinique absolument semblable. Il existe des formes polynévritiques du syndrome neuro-anémique et des formes réalisant des scléroses combinées dans la carence. C'est donc sur les circonstances étiologiques qu'on se basera pour faire le diagnostic. Il existe du reste des formes frontières où il existe une note carentielle accompagnée d'une anémie modérée, et l'on sait que des auteurs (Garcin) (9) font jouer un rôle important aux troubles nutritifs dans le syndrome neuro-anémique.

Nous pensons pouvoir affirmer que nos polynévrites ne sont pas *du béribéri.* En effet le béribéri survient en bouffées épidémiques chez les mangeurs de riz poli. Il s'accompagne de tachycardie, d'algies thoraciques, d'agitation, d'hypersensibilité à l'adrénaline. La vitamine B_1 a une action remarquable. Aucun de ces caractètes n'existait chez nos malades.

Pathogénie. — Les faits cliniques peuvent être éclairés par les beaux travaux de G. Lecoq (10) qui provoque expérimentalement des polynévrites chez le pigeon simplement en déséquilibrant les rations alimentaires, en donnant par exemple 82 % de protides, 4 % de lipides, les sels et les vitamines nécessaires. Il obtient des polynévrites analogues en administrant des produits intermédiaires du métabolisme organique (urée, acide urique, acide lactique, acide gras) (11).

Chez nos malades les arguments en faveur d'un trouble métabolique protidique sont nombreux. Insuffisance d'apport, troubles de la formule protidique du sérum, élévation de l'azote résiduel. Guérison de ces troubles par une surcharge lactée. Longueur extrême du temps de charge azoté atteignant 30, 40 jours et plus (le temps de charge azoté est le temps que met un sujet passant d'une ration azotée de X grammes par jour à une ration de X + N grammes pour éliminer autant d'azote qu'il en ingère. Normalement, ce temps ne dépasse pas six jours.)

Jusqu'ici, il n'y a pas d'arguments en faveur d'une carence en vitamine B^1. Les taux d'excrétion sont satisfaisants. La thérapeutique par la vitamine B_1 est d'une efficacité douteuse.

Traitement. — Il sera d'abord préventif. Reconnaître le syndrome de déséquilibre alimentaire dès ses premiers signes : amaigrissements troubles biologiques, augmentation des chronaxies. A ce moment le repos, une alimentation aussi équilibrée que possible, la vitamine B^1 éviteront l'apparition d'accidents plus graves.

La polynévrite installée, la base du traitement est toujours la même : repos, alimentation équilibrée, le lait en étant un des facteurs les plus importants. Les traitements électriques hâtent probablement la guérison. L'action réelle de la vitamine B^1 reste à préciser. Il faudrait pouvoir comparer l'évolution de deux polynévrites semblables, l'une recevant de l'aneurine, l'autre rien. Cependant A. Vallejo a écrit1 (2) qu'il avait traité un groupe de malades par une surcharge lactée de 1.500 grammes par jour, une autre par 75 grammes de levure sèche par jour, et que le lait lui a fourni des résultats très supérieurs à ceux de la levure. L'alimentation riche en protides, en lait surtout, paraît donc le facteur thérapeutique dominant. On ne saurait trop insister sur la profondeur de ces troubles et la lenteur de leurs guérisons. Dans les deux cas de polynévrite pure (8) que nous avons rapportés, il a fallu plus de six mois pour obtenir une rétrocession des troubles cliniques. Les simples troubles chronaxiques persistent souvent après trois et quatre mois de repos et d'une alimentation aussi correcte que possible.

On doit rapprocher la tenacité de ces troubles nerveux de celle des œdèmes On sait, en effet, qu'il faut des mois pour obtenir la guérison stable des malades œdématiés.

L'ensemble de ces faits démontre la multiplicité des manifestations cliniques nerveuses relevant du déséquilibre alimentaire et l'hypersensibilité du système nerveux à ce trouble de la nutrition. Suivant le terrain, on observera des œdèmes, des syndromes nerveux, périphériques ou centraux, voire des lésions viscérales, réalisant des tableaux cliniques très variés, relevant cependant d'une pathogénie commune.

Bibliographie

1 Shlesinger (H.). — Polyneuritis bei Hungerödem. *Wien. Klin Wochenschr.*, 32, 928, 1919.

2. Maase et Zondek. — L'œdème de guerre. *Berl. Klin. Wochenschr* 36, Sept. 1917.

3. G. Laroche, E. Bompard, J. Trémolieres. — Troubles polynévritiques au cours de l'œdème par déséquilibre alimentaire. Trois cas de régression par une surcharge lactée. *Bull. mém. Soc. méd. Hôp.*, n° 28-29. Séance du 14 novembre 1941.

4. G. Laroche, J. Trémolieres. — Le syndrome œdémateux du déséquilibre alimentaire. *Paris médical*, 15 avril 1942.

5. G. Laroche, E. Bompard, J. Trémolieres. — A propos de huit cas d'œdème par carence alimentaire. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, n° 23. Séance du 11 juillet 1941.

6. Gounelle, Sassier, Marche et Baschet. — Données étiologiques sur l'œdème de dénutrition. Soc. Biol., 11 octobre 1941.

7. G. Laroche, Grigaut, J. Trémolieres. — Sur l'augmentation de l'N résiduel au cours des œdèmes de carence. Soc. Biol., 21 novembre 1941.

---

didature, Daremberg se présenta aux suffrages de la Faculté en même temps que Guardia.

Guardia, lui aussi ancien bibliothécaire de l'Académie, avait publié de nombreuses études sur l'histoire de la médecine ; mais quelques articles, écrits d'une plume indépendante et parfois acerbe, lui avaient valu bien des rancunes. Et Daremberg fut proposé à l'unanimité le 2 mai 1870.

Il était bien l'homme le plus indiqué pour cette chaire nouvelle. Quelques semaines avant sa nomination, il avait publié une *Histoire des sciences médicales*, qui représentait la substance des cent-soixante-quinze leçons faites au Collège de France de 1864 à 1867. Malgré son titre, ce gros ouvrage de 1.300 pages n'est que fragmentaire, mais la faute n'en incombait point à l'auteur. Daremberg, dans une lettre à Seligmann, a raconté comment l'éditeur Baillière, après avoir demandé d'abord un simple resumé de 3 ou 400 pages, avait voulu, vers la 10e feuille, un volume plus fort, puis enfin, vers la 19e, deux volumes, d'où l'aspect un peu inégal de l'œuvre qui n'en reste pas moins, encore aujourd'hui, l'histoire de la médecine la plus documentée que nous ayons en France.

Daremberg, en ces premiers mois de 1871, avait connu des jours sombres ; durant le siège, il avait passé toutes ses journées à l'ambulance organisée par Paul Broca, et, menacé d'arrestation avec son fils par les communards, il avait dû quitter Paris précipitamment le 10 avril.

Il y revint après le 21 mai pour préparer son cours ; mais la maladie l'obligea à reporter sa première leçon au 11 novembre 1871. Le sujet en était : La démonstration historique de la supériorité des méthodes d'observation et expérimentale sur les méthodes *a priori.* A lire cette leçon à soixante-dix ans de distance, on y trouve la démonstration, toujours d'actualité, de l'utilité de l'histoire de la médecine, exposée avec une érudition qui fut alors reprochée à Daremberg. On prétendit que, peu propre à la vulgarisation, il s'était montré trop savant, trop prolixe dans tous les détails de l'érudition pure et que ces défauts avaient, par la suite, éloigné de l'amphithéâtre du professeur un grand nombre d'élèves, plus disposés à se renfermer dans les limites étroites d'un programme qu'à se lancer dans les hautes sphères de la science historique. Sans doute, Daremberg ne fut-il pas ce qu'on appelle un professeur brillant. Il était trop érudit. C'est là une critique qu'on voudrait pouvoir faire à certains des successeurs de Daremberg.

***

Depuis 1840, Daremberg venait, pendant la belle saison, habiter à Mesnil-le-Roi, une maison modeste, toute conforme à ses habitudes simples, donnant avec Littré ses soins aux malades pauvres du voisinage, travaillant avec un zèle inépuisable, vivant à la manière des savants d'autrefois.

C'est dans cette retraite où il avait vécu les plus heureux moments de sa vie, en compagnie de son maître Littré, que la mort vint saisir Daremberg.

Il était atteint d'une maladie de cœur qui, bien des fois, l'avait forcé à interrompre ses travaux. Lors de sa première leçon à la Faculté, il avait dû demander l'indulgence de ses auditeurs. « En entendant ma voix un peu haletante, en voyant mon visage fatigué, vous devinez, leur disait-il, que ce n'est pas l'inquiétude, mais la souffrance qui me trouble ». Et il avait dû abréger sa leçon et lever la séance avant l'heure.

8. Docteur Me DE PIERREDON. — Les polynévrites par déséquilibre alimentaire. Thèse Paris, 1942.
9. Dr LOEPER. — Intoxication et carence.
10. B. LECOCQ. — Déséquilibre alimentaire et nutritif. Vigot, 1938.
11. I. BERTRAND, B. LECOQ. — Etudes des lésions nerveuses périphériques observées sur le pigeon dans les principaux déséquilibres nutritifs dus aux produits intermédiaires du métabolisme organique. Soc. Biol., XXIII, juillet-septembre 1941.
(12) ED. ARIAS VALLEJO. — Sur le traitement des œdèmes par déséquilibre alimentaire lactée. Soc. méd. des hôp. Séance du 29 mai 1942.

COURS ET CONFÉRENCES

Les traitements physiologiques et symptomatiques des syndromes basedowiens [1]

Par **Paul SAINTON**

La conception classique attribue le syndrome basedowien à l'hyperthyroïdisme ; pratique, du point de vue didactique, elle ne doit point laisser ignorer cependant qu'il existe beaucoup d'inconnus dans la physiopathologie de l'ensemble des troubles qui constituent ce syndrome.

Il y a lieu d'en distinguer deux variétés étiologiques, une *variété thyroïdienne primitive* liée le plus souvent à l'évolution d'une tumeur de la glande thyroïde, une *variété secondaire* d'origine hypophysaire qui serait due à l'hyperactivité de l'hormone thyrotrope ou à un dérèglement du système hypothalamique qui joue, à n'en pas douter, un rôle comme régulateur de la glande thyroïde. Cette variété répondrait au syndrôme basedowien neurogène de Bauer. D'autres glandes que la thyroïde paraissent à des degrés divers donner leur note dans la physiopathologie du goitre exophtalmique : ce sont la corticosurrénale et surtout la médullo-surrénale d'après Crile, le thymus d'après nombre d'auteurs parmi lesquels Béclère et Maranon, les glandes génitales chez la femme.

La physiopathologie particulière des différents symptômes de la maladie n'est pas moins discutée que la physiopathologie générale de la maladie. Certains d'entre eux comme les troubles vasculaires, l'amaigrissement et les modifications du métabolisme basal peuvent être considérées comme le résultat direct de l'intoxication thyroïdienne, d'autres comme l'exophtalmie, et le tremblement sont en rapport avec des troubles du fonctionnement du sympathique et des centres du mésencéphale.

Les indications thérapeutiques ne sont donc pas toujours identiques ; elles sont subordonnées non seulement à la variété étiologique mais encore à l'intensité des réactions individuelles observées. Le premier but que doit se proposer la thérapeutique du syndrome basedowien est le *freinage de la sécrétion thyroïdienne.* Les moyens qui sont propres à le réaliser sont d'ordre médical, d'ordre physiothérapique et d'ordre chirurgical.

***

Parmi les moyens d'ordre médical, le premier employé a été le traitement par les humeurs d'animaux éthyroïdés, sang, sérum, dû à Ballet et Enriquez, Mœbius, ou exceptionnellement par le sang de myxœdémateux utilisé par Burghardt ou de sujet en état de déficience thyroïdienne essayé par Jacquerod. Le but de ces méthodes était, disait-on dans le langage d'autrefois, en empruntant une comparaison à la chimie, de neutraliser les effets de la sécrétion thyroïdienne en excès dans le sang ? Ce mode de traitement a été critiqué et rejeté par certains comme inefficace : il repose cependant sur des bases qui sont des plus précises. Dans mes recherches sur les modifications du plumage chez les gallinacés soumis à une hyperthyroïdisation, à une hyperthyroxinisation intensive, j'ai montré qu'un gramme de poudre de sang de cheval éthyroïdé (hémato-éthyroïdine) inhibe l'action d'un gramme d'extrait de glande thyroïde. En clinique, divers observateurs et récemment Garnier et Huguenin ont observé chez le basedowien des cas de myxœdème consécutifs à son emploi.

La découverte des antihormones apporte de nouvelles preuves des bases physiologiques de cette thérapeutique ; Collip et Anderson ont provoqué chez divers animaux la production d'un sérum antithyrotrope par injections prolongées d'extrait thyrotrope hypophysaire, le fait a été vérifié par nombre d'expérimentateurs. On discute encore, il est vrai, sur la spécificité de ces sérums anti. Pour Collip, elle n'est pas douteuse, il s'agit bien d'antihormones, il existerait, en effet, dans l'organisme, un système permettant de rétablir l'équilibre hormonal, l'apport exagéré d'hormones provoquerait la sécrétion de certains principes antagonistes. Ce phénomène serait, en quelque sorte, comparable au contrôle du sympathique par le parasympathique.

La thérapeutique par le sang d'animaux éthyroïdés est donc justifiée : il se prescrit soit en comprimés ou en cachets d'hématoéthyroïdine de 4 à 8 par jour, qui doivent être préférés aux préparations liquides glycérinées (hématoéthyroïdine liquide), soit sous forme d'antithyroïdine Mœbius (sérum d'animaux éthyroïdés en comprimés ou en injections).

Ce traitement agit lentement et doit être réservé aux formes légères et moyennes.

Il y a une autre thérapeutique qu'il y a lieu de rapprocher de la précédente, celle qui consiste dans l'emploi d'*injections de sang défibriné* de bœuf ou de mouton préconisé par Bier

(1) Conférence faite le samedi 20 juin à la Clinique du Professeur LOEPER, recueillie par J.-M. BRUEL.

En mars 1872, l'état de Daremberg s'améliora quelque peu. « J'ai repris mes occupations, écrivait-il à Seligmann, mais les beaux jours du travail sont passés ». Il avait cependant entrepris, avec Saglio, un œuvre gigantesque, un *Dictionnaire des Antiquités grecques et latines.* Il eut la satisfaction d'en voir commencer l'impression, de lire les premières feuilles de cet ouvrage qui devait former huit volumes in-4°.

Au début d'août, reparurent plus accentués, les symptômes dont ni Daremberg, ni ses amis ne méconnaissaient la gravité. Et ce ne furent plus que des jours sans espoir où le travailleur acharné essayait encore de terminer son *Traité* de Rufus d'Ephèse.

Daremberg n'eut pas cette joie : il succomba le 24 octobre 1872.

« Si n'eut été que la population tout entière du Mesnil assistât aux obsèques, jamais professeur de notre Faculté, dit l'*Union médicale,* jamais membre de notre Académie, n'eut reçu moins d'hommages officiels ».

Le *Bulletin de l'Académie de médecine* lui consacra quinze lignes , tandis que Haeser (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1872), Seligmann (*Jahresberichte.. gesam. Medizin,* 1873) rappelaient en de longs articles le rôle prédominant de celui qu'ils appelaient le grand historien français de la médecine.

A Mesnil-le-Roi, la tombe de Daremberg est en ruine.

A l'Académie de médecine, qu'il a enrichie spirituellement par son œuvre et matériellement par une bibliothèque (1) que l'étranger nous envie, il n'y a ni un buste ni un portrait de Daremberg. Comme l'a dit Marfan à propos de Lasègue, il est bien qu'il en soit ainsi. « Il est bien qu'on ne puisse pas le confondre avec tel ou tel dont les monuments se dressent dans les cours ou les salles de la Faculté ou dans les couloirs de l'Académie. Il est bien que la figure de Daremberg soit en quelque sorte consacrée par ces oublis. Sa mémoire échappe ainsi à une sorte de profanation et l'homme apparaît ce qu'il est, c'est-à-dire un homme à part ».

Maurice GENTY.

BIBLIOGRAPHIE. — LABOULBÈNE : Galien et son œuvre, *in* : J.-A. Laboulbène, par L. Beurnier et P. Cambours, pp. 93-124, in-8°, Dijon, 1901. — CHÉREAU : *Union médicale,* 1872, pp. 669-672. — A. LEFRANC : Renan en Italie, in-8°, Paris, 1938. — BOLOGA : Une lettre inédite de Charles Daremberg à Seligmann, *Janus,* mai-juin 1930, p. 129. — Manuscrits de Daremberg conservés à la Bibliothèque de l'Académie de médecine sous les cotes 402-542. — Lettres de Sylvestre de Saci, Mgr. Morlot, Anglada, Michel Lévy, H.-Roger à Daremberg (col. pers.).

(1) Daremberg laissait, pour toute fortune, une bibliothèque de 12.000 volumes de médecine ancienne. L'Académie de médecine l'acheta 45.000 francs à sa veuve, en 1873.

chez les basedowiens : comme l'antithyrothérapie, elle a été très discutée et déclarée inefficace. Les recherches de Ronacci, de Julius, d'Anselmino et Blum, d'Hertzfeld ont montré qu'il existe dans le sang normal des substances du groupe de la catéchine qui sont capables de neutraliser la thyroxine et la thyroglobuline et que ce pouvoir antihyperthyroïdien peut être dosé en unités.

***

Un autre moyen de diminuer l'hyperthyroïdisme est le *traitement iodé.* Il est tellement entré dans la pratique qu'il provoque chez tout médecin un réflexe quasi-impératif : goitre exophtalmique = traitement iodé, réflexe dont il faut déplorer l'exagération et l'absolutisme.

Le traitement iodé peut être institué sous forme d'iode minéral ou de diiodotyrosine.

L'*iode minéral* est employé sous forme de solution de Lugol : la solution forte ou solution américaine est ainsi composée : iode : 5 grammes ; iodure de potassium : 10 grammes ; eau : 100 grammes ; la solution faible contient la moitié des doses précédentes, soit : iode : 2 gr. 50 ; iodure de potassium : 5 grammes ; eau : 100 grammes.

Que se passe-t-il lorsqu'on administre pour la première fois de l'iode minéral chez un basedowien ? Il se produit des réactions d'ordre clinique, d'ordre biologique, d'ordre anatomique.

Cliniquement, les symptômes de l'hyperthyroïdisme s'amendent, le malade a une sensation de bien-être qui va jusqu'à l'euphorie. Les palpitations se calment, la tachycardie et le tremblement s'atténuent, les crises gastro-intestinales disparaissent, la nervosité est moins grande, l'amaigrissement s'arrête, l'exophtalmie est souvent moins apparente.

Au point de vue biologique, le chiffre du métabolisme basal s'abaisse : il existe une chute de l'iodémie qui revient au voisinage de son chiffre normal ; des recherches sur l'élimination de l'iode par les urines après injection d'une dose fixe d'iodure de potassium (Elmer, Guy Laroche) font espérer que l'on pourra utiliser ces tests du métabolisme de l'iode en clinique.

Enfin, l'administration de l'iode provoque dans la glande, comme le prouve l'examen histologique sur des pièces de malades opérés, des *réactions d'involution* de la thyroïde basedowienne ; au lieu d'images d'hyperactivité (épithélium haut, colloïde rare, végétations papilliformes), on trouve les images habituelles (épithélium plat, colloïde rare). Le retour à l'état normal peut être étendu à toute la glande, mais il peut aussi être partiel et ne s'observer que dans certaines plages : *nodules d'involution* de Rienhoff à côté desquels persistent des îlots de résistance représentés par des nodules hyperplasiés, amas cellulaires pleins ressemblant à l'adénome fœtal, qui témoignent de l'effet temporaire de l'iodo-thérapie.

L'amélioration par le traitement iodé peut n'être pas obtenue dans deux circonstances : la première est celle où les malades ont une idiosyncrasie pour l'iode, ce qui est assez rare, la seconde est celle où les sujets sont iodorésistants d'emblée. Leur proportion est évaluée par Redlich et Bied à un tiers des cas, cette proportion doit être, à mon avis, notablement réduite.

Tels sont les résultats d'une première tentative de traitement iodé. L'expérience est-elle continuée après une courte interruption ? Le traitement se montre sinon inefficace, tout au moins inactif. Les signes d'hyperthyroïdisme reparaissent.

C'est alors que le médecin encouragé par son premier succès et hanté par le fétichisme de l'iode ne se contente plus des quinze gouttes initiales, il augmente les doses: la malade ne réagissant pas, dans sa foi aveugle de la puissance de l'iode, il arrive parfois à donner 40, 50, 100 et même 150 gouttes de Lugol par jour. Le malade devient définitivement réfractaire, car l'iode, dans l'immense majorité des cas, ne guérit pas le syndrome de Basedow.

Nombre d'auteurs ont essayé d'expliquer cet effet paradoxal de l'iode. Il est évidemment dû à la réceptivité de la glande et des tissus pour l'iode. Loesser, dans un travail récent, fait intervenir dans ce phénomène, l'action de l'hormone thyrotrope, qui joue un rôle dans l'élaboration, l'emmagasinement et la libération de l'hormone thyroïdienne. L'action initiale de l'iode est bien de diminuer la mise en liberté d'une quantité excessive de cette dernière hormone ; supprime-t-on l'apport de l'iode, cette inhibition cesse et l'organisme est submergé par les flots de colloïde accumulés à la suite du traitement iodé. Voilà donc une source possible de danger. En existe-t-il une autre ? Pour Loeser à côté de son action inhibante, l'iode a aussi une action excitante, tout au moins dans certaines conditions, sur la sécrétion thyroïdienne, comme le prouve le basedow iodique, à la suite d'un traitement iodé trop intensif ou trop prolongé du goitre simple. Une telle action se réaliserait dans le basedowisme à la suite d'un apport d'iode longtemps continué. Le résultat de cette excitation est facile à concevoir, la glande reprend son hyperactivité sécrétoire. Le déversement de l'hormone thyroïdienne dans l'organisme produit des effets d'autant plus graves que la dose d'hormone journalière est plus élevée. L'hypophyse sert sans doute d'intermédiaire dans cette production sécrétoire ; car les sels halogènes d'iode augmentent la teneur de l'hypophyse en hormone thyrotrope comme le prouvent les modifications histologiques observées dans la thyroïde. Ces modifications sont bien d'origine hypophysaire, car elles ne se produisent plus si l'hypophyse est enlevée.

Les données cliniques, histopathologiques et thérapeutiques sont donc d'accord pour montrer l'inutilité d'un traitement iodé prolongé et les dangers des doses excessives de Lugol.

Cela ne veut pas dire qu'il faille l'abandonner, il peut rendre service à des doses modérées et avec des interruptions (15 gouttes avec interruption au bout de dix jours.) La majorité des chirurgiens s'en louent comme traitement préopératoire.

La diodotyrosine est d'un usage plus récent que la solution de Lugol, il est loin d'être prouvé que le mécanisme de son action soit identique.

Vous savez que l'iode dans la glande thyroïde est combiné aux protides et aux lipides sous une forme encore imprécisée. Deux corps ont été extraits de la thyroïde, la thyroxine et la diodotyrosine. La thyroxine est considérée comme l'hormone thyroïdienne, il est probable qu'elle représente en totalité la sécrétion de la glande ; elle se compose de deux molécules de diodotyrosine, dont l'une par suite de la perte de son groupement aminé serait réduite au radical diodooxyphénol ; les relations qui existent entre ces deux substances sont mal connues. L'iode diodotyrosinien n'est pas toxique ; il paraît susceptible d'opposer son action à celle de l'iode thyroxinien si on l'administre en même temps que lui. Abelin, qui admet l'antagonisme des deux substances considère, d'une façon peut-être un peu trop schématique, que lorsque la thyroïde fonctionne normalement, il y a équilibre entre la quantité d'iode thyroxinien et d'iode diiodotyrosinien dans le tissu glandulaire. L'équilibre est-il rompu en faveur de la diodotyrosine ? il y a myxœdème. La diodotyrosine a une action sur la nutrition, elle diminue le métabolisme et l'ensemble des symptômes ; elle s'administre à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes sous forme de comprimés. Elle semble avoir une action moins brutale que celle de l'iode minéral, elle est mieux supportée ; même à la suite d'un traitement prolongé, sa suppression est bien tolérée. Son activité n'est pas douteuse, car comme le dit Parhon, elle a pu provoquer du myxœdème. Des recherches de Delcourt Bernard et des auteurs américains, résulte ce fait que la diodotyrosine n'est nullement un vecteur d'iode à la façon du Lugol et que son efficacité n'est pas nécessairement proportionnelle à la dose employée, elle est sans doute en rapport avec l'acide aminé qui fait partie de ses constituants. Certains auteurs allemands lui attribuent d'ailleurs une *nature hormonale.* Les basedowiens n'ont pas tous les mêmes réactions à l'iode minéral et à l'iode diodotyrosinien ; certains sont améliorés par une des deux variétés d'iode alors que l'autre se montre inefficace ou mal tolérée.

L'iodothérapie est donc plus qu'une médication symptomatique, elle intervient directement dans la fonction glandulaire essentielle de la thyroïde ; il y aura lieu dans l'avenir d'en régler mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici son usage en s'aidant de tests biologiques nouveaux capables de nous renseigner sur la réceptivité du tissu glandulaire à son action.

***

Le second procédé, qui est à notre disposition pour supprimer l'hyperthyroïdisme, est la *suppression des cellules hypersécrétantes en totalité ou en partie.*

C'est à atteindre ce but que visent la *radiothérapie* et la *curiethérapie* et l'exérèse chirurgicale de la plus grande partie de la glande qui sont de véritables traitements physiologiques. La radiothérapie, pour être efficace, demande une technique sûre. Je ne citerai pas les nombreuses statistiques publiées pour en démontrer l'efficacité. Elle agit incontestablement sur le métabolisme basal, il est rare qu'elle réalise la stabilisation circulatoire. Si les améliorations obtenues par les rayons sont nombreuses, les guérisons définitives sont plus rares. La grande objection qu'on peut faire à la radiothérapie est d'être un moyen aveugle, d'être suivie de récidives fréquentes et de provoquer dans la glande irradiée des réactions qui la mettent en moins bonne condition opératoire en agissant sur les vaisseaux et sur le tissu lui-même. Il est sage de ne pas faire de séances trop répétées et de ne pas s'obstiner dans son emploi. Elle est indiquée dans certaines formes aiguës où la préparation préopératoire est impossible, dans les récidives post-opératoires, dans certains cas où la nature néoplasique de la tumeur basedowifiante est soupçonnée, enfin dans les cas inopérables. La curiethérapie est indiquée dans les cas de cancer thyroïdien avec hyperthyroïdisme ; son application se fait sous forme de colliers radifères.

Le traitement chirurgical se résume dans la thyroïdectomie subtotale qui consiste dans l'ablation de la plus grande partie du tissu hyperplasié, en laissant deux lames postérieures bien irriguées ; l'idéal est de pratiquer une *thyroïdectomie maxima.* A la suite d'une discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie en 1937, à propos d'une communication que je fis avec Jacques-Charles Bloch et Zagdoun, et où nous préconisions la *thyroïdectomie élargie,* ce terme semble avoir été pris dans le sens de thyroïdectomie totale et inciter à faire des ablations quasi-complètes.

Nous estimons que la thyroïdectomie totale dans le syndrome de Basedow est une intervention qui ne doit être pratiquée que dans des cas absolument exceptionnels. Elle provoque du myxœdème, si la technique a été parfaite, c'est-à-dire s'il n'existe plus aucun vestige thyroïdien ; ce myxœdème est loin d'être compensé par l'opothérapie thyroïdienne, comme l'ont prétendu certains chirurgiens américains. Que la thyroïdectomie soit faite en un ou plusieurs temps, cela est une affaire d'opportunité qui dépend des circonstances individuelles, degré de l'hyperthyroïdie, état physique du malade, comportement durant l'acte opératoire.

Le résultat du traitement chirurgical n'est pas toujours identique. L'exérèse incomplète expose aux récidives ; il existe des cas aux récidives tenaces, malgré des interventions répétées. Ainsi en est-il d'une malade que j'observe depuis 18 ans et qui reste basedowienne malgré l'application d'aiguilles de radium et trois interventions opératoires espacées de plusieurs années. L'attrition des parathyroïdes ou une atteinte plus profonde de ces glandules expose à la tétanie qui me semble plus fréquente depuis que l'on pratique des interventions plus larges.

Il n'en est pas moins vrai qu'actuellement le traitement chirurgical constitue le traitement de choix du goitre exophtalmique, s'il est effectué après préparation convenable et si les malades ne sont pas abandonnés à eux-mêmes. Les risques de mortalité sont minimes, si le chirurgien s'impose les disciplines nécessaires.

Le syndrome basedowien peut être consécutif à un trouble sécrétoire d'une autre glande. Il existe, comme je l'ai déjà signalé, des syndromes d'origine hypophysaire ou hypophyso-thalamique, ce sont ceux où le goitre exophtalmique s'accompagne d'un aspect acromégaloïde et ceux où il coïncide avec un syndrome d'aspect adiposogénital. Ces variétés se rencontrent chez les jeunes sujets et sont expliquées par les notions récentes sur la fonction de l'hormone thyrotrope. Il peut être utile dans ces cas, qu'il y ait ou non, intervention sur la thyroïde, de s'adresser à la radiothérapie fonctionnelle de l'hypophyse pour freiner une fonction thyrotrope trop active.

Après l'hypophyse, la seconde glande dont les troubles sécrétoires peuvent être mis en cause dans le syndrome de Basedow est la glande surrénale, aussi Crile a-t-il réalisé dans les cas rebelles à la thyroïdectomie, la résection ou l'incrvation d'une surrénale et en a obtenu des bienfaits.

Les troubles ovariens peuvent aussi être à la base de certaines réactions d'hyperthyroïdisme et doivent être traités par les hormones sexuelles.

Enfin, un trouble de la fonction thymique a été accusé de donner aussi sa note dans le syndrome de Basedow comme en témoigne l'existence du status lymphaticus de Paltauf, les travaux de Maranon et de Béclère qui associait la radiothérapie thymique à la radiothérapie thyroïdienne chez les basedowiens

Pratiquement, l'insulinothérapie préconisée par Aubertin (de Bordeaux) en raison de l'antagonisme qui existe entre la fonction thyroïdienne et la fonction langerhansienne n'a pas donné de résultats bien probants sauf dans les cas où son emploi s'impose, c'est-à-dire dans ceux où il y a coexistence de goitre exophtalmique et de diabète : à la dose de 20 ou 40. unités, l'insuline prise dans les conditions habituelles agit sur la maigreur et les troubles cardiaques.

***

Le syndrome basedowien est-il justifiable d'un *traitement vitaminique* ? Toutes les vitamines ont été essayées sous l'influence de conceptions diverses. La plus employée a été la vitamine A, utilisée à des doses diverses tantôt élevées 150.000 à 200.000 unités, tantôt faibles 26.000 unités (Tislovitz).

Elle agirait à titre d'antagoniste de la thyroxine ; cette interprétation est douteuse pour Wegelin, car la disparition de la graisse dans le foie provoquée par la thyroxine n'est pas empêchée par la vitamine A. Un fait mieux établi est la déficience en vitamine A dans l'hyperthyroïdisme, constatée par les auteurs américains, par l'épreuve de l'adaptation à la lumière, dans 40 % des cas, la présence de l'hormone thyroïdienne serait essentielle pour la conversion en carotène et la réserve en vitamine A. Quoiqu'il en soit, l'action de cette vitamine sur l'hyperthyroïdisme n'est que temporaire.

La vitamine C a été également essayée : son excrétion chez les hyperthyroïdiens est, pour Lewis, moindre que chez les sujets normaux, elle reviendrait à son taux habituel à la suite de la thyroïdectomie, dans la majorité des cas, mais après plusieurs semaines. Dans des travaux récents, Schneider a établi que les avitaminoses A, B, C, D, E amènent une réduction de l'activité thyroïdienne. Les effets thérapeutiques des vitamines A et C ne sont pas dus à un antagonisme avec l'hormone thyroïdienne, mais à ce qu'elles ont un effet favorisant sur la synthèse du glycogène dans le foie, glande souvent altérée dans la maladie de Basedow.

L'action protectrice des vitamines ne s'exerce que très lentement ; elle n'apparaît que lorsque les réserves vitaminiques détruites par l'intoxication thyroïdienne sont de nouveau au complet. Ce traitement doit donc être prolongé ; il commence par amener une augmentation de poids et donne des résultats surtout dans les cas avec cachexie. L'action des vitamines peut donc s'exercer sur la sécrétion thyroïdienne, mais ne s'exerce pas, pour la plupart des expérimentateurs, sur la sécrétion thyrotrope.

***

Quelle que soit l'importance du rôle de la sécrétion endocrinienne, il ne doit point faire mésestimer celui du sympathique et des centres neuro-végétatifs dans le syndrome basedowien.

Les principaux médicaments qui s'adressent à l'élément sympathique son : les sels de quinine, sulfate, bromhydrate ou valérianate pour lesquels certains basedowiens ont une tolérance spéciale, sans qu'il soit justifié de l'ériger en tests ; car cette médication a pu être continuée pendant des années sans amener aucun trouble à la dose de 1 gr. 50.

Le tartrate d'ergotamine, sédatif du sympathique à la dose de 3 milligrammes par jour en ingestion.

Le salicylate d'ésérine jouissant d'une action analogue et souvent efficace contre la diarrhée basedowienne, à la dose de 1 milligramme à 2 milligrammes par 24 heures.

Benda et Maduro auraient obtenu des résultats favorables par un traitement par le couple acécholine-potassium qui a

donné des résultats pour la cure du coryza spasmodique à forme hypersympathicotonique. Ils font des injections intra-musculaires d'acétylcholine (0,10 centigr.) pendant vingt jours par mois et font ingérer en même temps un mélange de citrate et de bicarbonate de potassium. Ce traitement agirait surtout sur l'état sympathicotonique.

Les interventions chirurgicales sur le sympathique dans le syndrome de Basedow n'ont donné que des mécomptes : l'exophtalmie, la tachycardie ne sont pas modifiées d'une façon durable par la résection du sympathique cervical. La résection du ganglion étoilé, l'infiltration par la novocaïne sont habituellement inefficaces.

La galvanofaradisation du sympathique, suivant la méthode de Vigouroux plus ou moins modifiée, amène très certainement une sédation des symptômes.

***

Je serai très bref sur les *traitements symptomatiques* et n'en indiquerai que les principaux.

Le salicylate de soude agit sur l'élément infectieux qui existe dans certaines hyperthyroïdies ; il décongestionne la thyroïde au cours des poussées évolutives et influence heureusement les troubles hépatiques des malades.

La tachycardie et la tachyarythmie relèvent des tonicardiaques ; digitaline seule ou associée à l'ouabaïne à des doses variables suivant l'état du cœur, teinture de cactus associée à la teinture de cratægus. L'hypertension est justiciable des médications hypotensives classiques. Dans les cas de défaillance cardaque prolongée, les injections de sérum glucosé à dose moyenne (100 à 150 c. c.) sont indiquées.

Parmi les sédatifs nerveux sont à retenir la valériane seule ou associée à la belladone, les bromures et surtout le gardénal. Ils ont un rôle important dans la préparation opératoire. La borothérapie préconisée par Loeper, Lemaire et Soulié agirait à la fois comme sédatif et comme modificateur de la fonction protéidique de la thyroïde, car il y a dans le sang des basedowiens excès de sérine et diminution des globulines et albumines acéto-précipitables.

Contre l'exophtalmie, symptôme si pénible pour les malades au point de vue de l'esthétique et de la vie sociale et qui persiste longtemps parfois après intervention chirurgicale, l'yohimbine longtemps continuée, si elle est tolérée par les malades, donne parfois des résultats.

***

En résumé, les traitements médicaux et symptomatiques sont indiqués dans les syndromes légers ; ils amènent des améliorations et des sédations. Ils constituent des thérapeutiques adjuvantes précieuses. Mais pas plus que la radiothérapie, ils ne doivent être prolongés inutilement. Dans la plupart des cas, le traitement chirurgicl s'impose et il vaut mieux le faire tôt que de se livrer à des atermoiements, à condition que le diagnostic soit sûrement établi.

Telle est la conclusion à laquelle j'arrive après une comparaison des différentes méthodes de traitement. Cela ne veut pas dire que le médecin n'a rien à voir dans le traitement des syndromes basedowiens. Il a un rôle à tenir dans la décision opératoire et dans son opportunité, dans la préparation du malade, enfin, dans la période post-opératoire et souvent après elle, car le chirurgien satisfait du premier résultat ne peut pas toujours suivre ses malades avec une sollicitude constante pendant la période d'adaptation plus ou moins longue nécessaire aux sujets pour retrouver leur équilibre endocrinien.

Histoire de la folie, par Bruno CASELLI. Un vol. in-8°, 480 p. Prix : 60 francs. Bocca, édit., Paris.

Ce livre, comme le dit M. Donnedieu de Vabres dans sa préface, ouvre sur tous les domaines de la psychologie et de la culture les plus vastes horizons. Il traite de la manière la plus riche un sujet déjà très vaste par lui-même et fourmille d'idées originales et d'aperçus nouveaux sur les questions les plus diverses : raison et folie, folie des hommes et des animaux, folie dans l'art, histoire de la psychiatrie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1942

M. le Président annonce les décès de MM. Gaudier, Tournade et Lannois, correspondants nationaux.

L'amaigrissement actuel. — *M. Noël Fiessinger*, après avoir signalé l'existence, surtout chez l'homme, moins constant chez la femme, et étudié les caractères cliniques de l'amaigrissement actuel qui peut atteindre, chez certains sujets, des taux de 20 à 30 kg. et même chez certains obèses 50 kg., montre que cet amaigrissement peut exister malgré une alimentation normale en protides, lipides et vitamines dans certains cas, et malgré l'absence de surmenage physique anormal dans d'autres. Il résulte d'une cause commune qui s'impose de la même façon à la collectivité toute entière. Cette cause vient du pain. Pour le Français, le pain constitue la base de l'alimentation. Or, le pain a perdu par le blutage 26 % de sa charge en hydrates de carbone et, sans tenir compte de l'abaissement considérable du pourcentage en farine de froment, il suffit d'ajouter à cette deperdition en qualité, la diminution en quantité du rationnement pour constater que ce qui manque en hydrates de carbone chaque jour au travailleur de force atteint le chiffre approximatif d'un kilo 500 gr. de pomme de terre. Il est difficile de combler un pareil déficit avec les autres hydrates de carbone de l'alimentation. L'auteur insiste sur le danger qui en découle, l'amaigrissement, engendrant une anergie, diminue la résistance aux infections en général et à la tuberculose en particulier. C'est une des raisons qui explique l'extension des tuberculoses aiguës chez les sujets âgés.

M. Tanon présente un rapport au nom de la Commission des poussiè es.

Séance du 13 octobre 1942

A propos de la communication de M. Fiessinger relative à **l'amaigrissement dû aux régimes actuels**, *M. Carnot* émet le vœu suivant : afin de lutter contre les infections et surtout contre la tuberculose, dont ces sujets risquent d'être la proie, il demande qu'une ration supplémentaire de 100 gr. de pain soit accordé à tout sujet adulte des catégories A et V dont le poids est inférieur de plus de 10 kgr. à celui prévu par la règle de Quételet (nombre de kilos égal au nombre de centimètres au-dessus du mètre).

M. Chevassu insiste sur l'importance du facteur moral dans ces amaigrissements de guerre.

Prescriptions des substances vénéneuses par les sages-femmes. — *M. Fabre* propose (au nom de la Commission des substances vénéneuses) les modifications suivantes à apporter aux dispositions de l'arrêté du 22 mai 1917 :

Les médicaments que peuvent délivrer les pharmaciens sur présentation d'une ordonnance signée d'une sage-femme diplômée sont :

Collyre à l'azotate d'argent à 1 p. 100, Codex 1937, (solution preventive contre l'ophtalmie des nouveau-nés) et soluté iodo-ioduré faible du Codex.

Une énigme de l'histoire. — Pourquoi Louis XIII n'a t-il consommé son mariage que trois années après sa célébration

M. Pierre Nobécourt. — Les contemporains et les historiens ont donné diverses explications. La chronologie *de la puberté* me paraît apporter l'appui valable.

Lors du mariage, Louis XIII, âgé de 14 ans 2 mois est impubère. Lors de la consommation, à 17 ans 4 mois, il achève à peine sa puberté, mais il n'est pas nubile et la Reine ne devint pas enceinte, elle ne le devint que trois ans plus tard, quand il est dans sa vingt et unième année âge de la nubilité.

Loin d'être retardée, la consommation du mariage a été prématurée.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1942

Un cas de gangrène cutanée extensive. — *MM. Gasné* et *Fabre*. Rapport de M. WILMOTH.

Un pancréas accessoire pylorique. — *MM. Du Bourguet* et *Berge*.

Vingt observations d'ablation du premier ganglion sympathique lombaire par voie sous-costale. — *M. Chalnot.* Rapport de M. S. Blondin.

Eventration diaphragmatique. — Une double plicature du diaphragme faite par ***M. Brechot*** a entraîné la disparition de tous les troubles fonctionnels.

Tumeur du corpuscule carotidien. — *M. de Fourmestreaux* a pratiqué l'ablation d'une tumeur du corpuscule carotidien en voie de dégénérescence maligne. Il fallut réséquer la fourche carotidienne. Il paraît à l'auteur nécessaire de mettre en œuvre le traitement chirurgical malgré les dangers cérébraux possibles dus à la suppression de la voie artérielle. M. Chevassu défend l'abstention en raison de la bénignité fréquente des tumeurs du glomus.

Traitement des épithéliomas remaniés de la parotide. — *M. Redon* défend la parotidectomie totale dans la majorité des cas car sans cela la fréquence des récidives atteint 30 % des observations et cela dans les quatre premières années. Il existe souvent des foyers secondaires microscopiques à distance de la tumeur principale. L'examen extemporané n'est utilisé par l'auteur que dans les nodules juxta-faciaux pour savoir s'il faut sacrifier le nerf au lieu d'en tenter la conservation. M. Sicard sur 8 cas de parotidectomie subtotale gardant le lobe profond de la glande n'a pas eu de récidive. M. Senèque montre qu'il y a des récidives bénignes semblables aux autres. M. Roux-berger condamne à nouveau l'énucléation toujours insuffisante et appuie sur la nécessité de faire une parotidectomie totale. MM. Brocq et Truffert sont du même avis.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1942

Hirsutisme, hypertension artérielle, hémorragie méningée et cortico-surrénalome chez une fillette de 4 ans 1/2. — *M. Robert Clément et Mme Debain.* — Le syndrome morphologique d'hirsutisme d'Apert ou de virilisme (toison pubienne d'une femme pubère, hypertrophie des grandes lèvres et du vagin, pilosité exagérée de tout le corps, aspect masculin des traits avec moustache, favoris et sourcils épais, adiposité et hypertrophie staturale) semble avoir débuté à l'âge de 8 mois. La mort est survenue brusquement par hémorragie méningée due à l'hypertension artérielle concomittante. Syndrome morphologique et hypertension étaient dus à un épithélioma cortico-surrénal.

La coloration du visage, d'adiposité, l'hypertension artérielle rapprochent cet hirsutisme surrénal du syndrome de Cushing et posent la question de l'autonomie des deux affections.

Un dépistage plus précoce de la tumeur surrénale en aurait peut-être permis l'exérèse, ou la radiothérapie, avec quelques chances de succès.

Macrogénitosomie précoce et gliome (astrocytomède) de la région opto-chiasmatique. — *MM. Robert Clément, P. Puech* et ***Mlle Jeanne Delon.*** — Chez un garçon de 7 ans, un syndrome morphologique de maturité sexuelle précoce (organes génitaux et caractères sexuels secondaires d'un enfant de 15 ans) et d'hypertrophie staturale (taille, poids et stature d'un enfant de 10 ans) et un syndrome d'hypertension intra-cranienne (grosse tête, bradypshychie, raideur, cécité par atrophie optique) indiquaient une intervention. L'opération permit d'enlever un gliome astrocytaire et méningoblastique de la région supra-sellaire comprimant la partie antérieure du III° ventricule et ayant provoqué une hydrocéphalie importante.

Ce fait est une nouvelle preuve que le syndrome de Pellizi ne relève pas toujours d'une tumeur de l'épiphyse et permet d'en discuter à nouveau la pathogénie.

Endocardite maligne subaiguë à entérocoques. — ***MM. Brulé, P. Hillemand*** et ***L. Gras*** ont observé une endocardite maligne subaiguë, greffée sur une insuffisance mitrale ancienne, et ayant provoqué une hémiplégie avec réaction méningée forte, mais transitoire. Pendant les deux mois qui précédèrent la mort, de nombreuses hémocultures furent pratiquées, qui toutes isolèrent le même microbe, poussant beaucoup mieux en milieux anaérobies. Ce coccus, prenant le Gram n'était cependant pas un streptocoque, mais fut identifié par Reilly comme un entérocoque bien caractérisé.

Depuis 1923, de nombreuses observations françaises, allemandes et italiennes, ont montré que l'agent pathogène des endocardites subaiguës est fréquemment l'entérocoque et non le streptocoque.

La différenciation de ces deux germes proches l'un de l'autre demande une étude bactériologique soignée ; l'évolution fatale de la maladie reste la même qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre microbe.

Note sur l'infection à pneumocoques de l'enfant en bas âge. — *MM. Ribadeau-Dumas* et ***Chabrun*** insistent sur la variété extraordinaire des formes cliniques de la pneumococcie chez le nourrisson. Il existe des formes rapides comparables à la septicémie expérimentale des souris avec localisation gastro-intestinale et hépatite aiguë. Mais il existe aussi des formes lentes avec localisations suppurées : c'est le pneumocoque que l'on rencontre le plus fréquemment dans les oto-mastoïdites du nourrisson. Il s'agit de formes très graves, provoquant l'apparition d'un syndrome neurotoxique.

M. Ribadeau-Dumas rapporte une forme avec suppurations multiples (otite double, pneumonie lobaire, localisation articulaire, puis nouvelle pneumonie suivie de pleurésie purulente, oto-mastoïdite et enfin trois abcès sous-cutanés à pneumocoques). L'évolution dura dix mois, mais l'enfant guérit en gardant des séquelles importantes. Dans toutes les localisations se retrouva du pneumocoque.

Maladie d'Addison stabilisée depuis onze mois après implantation sous cutanée de comprimés d'acétate de désoxycorticostérone. — *MM. M. Bariéty* et ***A. Hanaut*** soulignent l'action thérapeutique remarquable qu'ils ont obtenue, l'absence d'incidents et étudient, à ce propos, la vitesse de résorption des comprimés implantés, l'équivalence posologique selon le mode d'administration de l'hormone (injection intra-musculaire, implantation sous-cutanée), la durée d'action, les prodromes de fin de résorption et la conduite à tenir à ce moment.

M. Clément présente un cas de nanisme rénal en insistant sur les malformations urinaires.

Séance du 16 octobre 1942

Un cas de maladie de Vaquez terminée par une réticulose aiguë. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, J. Bousser, Et. Fatou* et ***René Wolfromm.*** — Un homme de 56 ans, de souche pléthorique, présente pendant 11 ans une maladie de Vaquez typique. En septembre 1941 la polyglobulie est remplacée par une anémie qui devait conduire le malade à la mort en cinq semaines. Les principales caractéristiques du syndrome sanguin ont été : anémie intense avec présence d'hématies nucléées en assez grand nombre, leucopénie avec hypogranulocytose et pourcentage assez important de myélocytes et de cellules réticulaires, syndrome hémorragique avec aplaquettose presque complète.

L'autopsie devait révéler des lésions de réticulose très accentuées au niveau de la moelle osseuse et de la rate et moins intense dans le foie, les ganglions et le rein gauche avec réaction érythromyéloïde hépato-splénique.

Cette observation constitue le premier exemple d'érythrémie terminée par une réticulose aiguë.

Etude sur le mode d'action de l'Yohimbine dans le traitement du syndrome de Raynaud. — *M. R. Cachera,* cherchant à expliquer l'inconstance des effets de ce traitement, analyse le mode d'action vasculaire périphérique de l'yohimbine.

Celle-ci n'est pas seulement adrénolitique, mais s'oppose aussi aux stimuli nerveux sympathiques. Parmi ceux-ci, le réflexe d'angiospasme orthostatique de A. Meyer et Van Bogaert offre un intérêt spécial. Ainsi que l'a montré l'auteur dans une communication récente, ce réflexe est aboli par l'yohimbine. Or, l'abolition de ce réflexe, qui est un des phénomènes les plus objectifs de l'action vaso-motrice de l'yohimbine, ne semble offrir aucun rapport avec les effets curateurs obtenus ou non dans le syndrome de Raynaud. C'est à une échelle plus fine que se trouve peut-être la différence entre les divers cas cliniques traités. Cette différence que révèlerait l'yohimbine, pourrait résider dans la transmission même de l'incitation nerveuse autonome pathologique au muscle lisse des petits vaisseaux.

Thérapeutique de l'œdème de dénutrition par les vitamines, le sucre, la caséine, le beurre, le lait et le soja. Déductions étiologiques. — *MM. H. Gounelle, M. Bachet J. Marche* ont traité des œdémateux par un complément ali-


Véganine
Comprimés Véganine
Grippe, algies,
otites, névrites,
soins dentaires

mentaire de nature variable ajouté à leur ration de base.

1°) Sont restés inefficaces les vitamines et le sucre.

2°) Ont exercé un effet favorable le soja, puis la caséine, le lait et en dernier rang le beurre.

3°) Ce n'est pas la valeur énergétique globale de la ration qui importe : la ration lait avec 3.100 calories est moins efficiente que la ration soja avec 2.300 calories.

4°) Les rations soja et caséine riches en protides paraissent avoir une action plus spécifique que la ration beurre riche en lipides. Cette constatation étaye fortement la thèse de la déficience protidique à l'origine de l'œdème

5° La qualité de l'origine animale ou végétale des protides ne joue pas ; la ration œdématcuse surtout carencée en protides d'origine animale se trouve compensée après adjonction d'un aliment d'origine végétale comme le soja.

6°) Les lipides sans exercer une action aussi spécifique que celle des protides possèdent cependant une efficacité notable. Agissent-ils à titre d'aliment d'épargne en protégeant les protides ; est-ce leur intervention qui explique que le soja contenant une importante charge lipidique semble mieux agir que la caséine ?

7°) Ou bien faut-il penser que ce qui joue, c'est un besoin différencié d'azote ; dans leur efficacité sur l'œdème de dénutrition, les protides se classent-ils d'après leur composition interne en amino acides ?

M. Fiessinger a observé des œdèmes de carence dont les uns sont améliorés par le régime lacté et les autres non. La participation viscérale est très fréquente. A l'examen histologique des reins, on trouve des lésions de sclérose importantes. Au point de vue hépatique, il existe des cirrhoses insulinaires ou annulaires qui n'ont donné lieu à aucune symptomatologie. Ce sont peut-être ces participations viscérales qui créent les différences entre les œdèmes.

M. Ribadeau-Dumas insiste sur l'importance de cette question en pathologie infantile.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1942

M. le Professeur Olivier, président, annonce le décès du Docteur Lucien Mahn, et rappelle les principales étapes de la vie de ce collègue si serviable et dont l'érudition était si précieuse aux chercheurs.

M. le Professeur Pancier parle de la destruction de l'Ecole d'Amiens et des modalités de réception du Corps médical et pharmaceutique sous la Révolution et l'Empire.

M. le Professeur Laignel-Lavastine présente une note des Docteurs Delherm et R. Molinéry sur un hydrothérapeute autrefois fort connu, mais aujourd'hui bien oublié, originaire de Toulouse, et chez lequel défila toute une série de célébrités du second Empire et des débuts de la troisième République : le Docteur Beni-Barde.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Sensibilisation de la peau à la lumière par les sulfamides

Les incidents cutanés observés avec tous les sulfamides commencent à être bien connus, la sensibilisation aux radiations solaires et ultra-violettes l'est moins. E. Gasser (*Wien. mediz. Wochensch.*, 15 août 1942) en cite quelques cas publiés et rapporte son auto-observation. Après trois jours de protonsil à faible dose, pour sinusite, puis à la suite d'une application de pommade à l'albucid pour sycosis il présenta, après exposition modérée au soleil, un érythème avec éruption vésiculeuse limité aux parties découvertes.

Nouvelles études sur la pellagre

Elle sévit à l'état endémique en Italie dans les régions où le peuple se nourrit essentiellement de maïs. A côté des formes cachectiques et nerveuses les formes digestives et cutanées sont plus habituelles et guérissent aisément mais récidivent fréquemment après reprise de l'alimentation habituelle, de sorte que malgré les mesures sociales prises par le gouvernement leur disparition complète n'a pu être obtenue.

G. Frontali (*Schweiz. mediz. Wochensch.* n° 8, 1942) confirme l'action remarquable de l'amide et de l'acide nicotinique. Sur douze enfants soumis volontairement au régime pellagrogène, 90 à 100 milligrammes d'acide nicotinique par jour, ont amené une guérison complète. Il a entrepris différentes recherches avant et pendant ce traitement sur les troubles cutanés et digestifs, sur la modification de la pression dans les capillaires, la porphyrinurie et la porphyrinémie, l'élimination de l'acide nicotinique. Celle-ci va croissant avec disparition, dès les premiers jours, de l'état dépressif et des spasmes.

Chez les adultes avec symptômes nerveux et psychiques, l'amélioration a été très rapide, sauf dans trois cas de formes graves. On peut donc dire que les lésions nerveuses sont réversibles.

Les recherches de l'auteur sont bien en faveur de l'unité nosologique de la pellagre et non d'une mosaïque de carences diverses, malgré le polymorphisme des symptômes. Le mécanisme d'action de l'acide nicotinique n'est pas encore éclairci mais l'étude de son élimination, augmentée dans certains états dystrophiques, peut faire parler de précarence, de même que dans certaines affections voisines. L'administration d'acide nicotinique résout en outre le problème pratique et prophylactique en cas de régimes trop carencés en viande.

Etat actuel du traitement de la dilatation des bronches

R. Kesaling (*Zeitsch. f. Aertzl Fortb.*, 1er août 1942), passe en revue les différents traitements de l'affection.

Les balsamiques en inhalations agissent souvent favorablement sur les signes de bronchite associée. L'expectoration gênante peut être améliorée par différents moyens : cure de soif, climatothérapie ou cures hydrominérales, surtout en hiver, mais le traitement le plus efficace est le drainage de posture. La position à prendre est variable selon la localisation des dilatations. Dans les formes inférieures le décubitus dorsal avec pieds du lit surélevés de 20 à 30 centimètres sera souvent efficace, la meilleure position doit être recherchée par le malade et gardée la nuit ou par périodes de deux heures.

De bons résultats ont été observés avec l'iode par voie buccale ou intra-veineuse (solution d'iodure de potassium par exemple), après avoir éliminé une idiosyncrasie ; le lipiodol employé dans un but diagnostique provoque également quelques améliorations.

Dans les formes fétides l'injection de néo-salvarsan, les sulfamides seront employés. On a préconisé également les ondes courtes et la radiothérapie avec une dose de 10 à 30 % de la dose érythème.

Le pneumothorax artificiel est un moyen recommandé par divers auteurs mais son action, temporaire, s'arrête après sa cessation. Les thoracoplasties, les lobectomies se discutent pour certaines formes, la phrénicectomie est peu efficace.

La déshydratation au cours de la dysenterie

K. Retzlaff (*Med. Klin.*, 24 juillet 1942) s'élève contre les signes de déshydratation qui seraient rencontres au cours de la dysenterie.

Il fait remarquer tout d'abord que le nombre même élevé de selles n'entraîne qu'une déperdition d'eau minime en raison de leur faible abondance : moins d'un litre au total par jour dans les formes aiguës ou chroniques prolongées.

De plus les témoignages sanguins manquent et les dosages d'azote résiduel, de chlore sanguin sont à peu près normaux et vont à l'encontre d'une déshydratation. Les mesures de la teneur en eau du sang faites par l'auteur après évaporation à l'étuve et pesée ont révélé des chiffres comparables à ceux observés chez des témoins atteints d'affections diverses.

L'examen anatomique d'une quarantaine de cas de dysenterie avec étude macroscopique et mesure de l'hydratation des fragments des divers tissus ont fourni des résultats semblables. De sorte que les courbes d'hydratation sont voisines dans la dysenterie et dans d'autres affections ayant entraîné la mort, sauf cependant pour le tissu graisseux sous-cutané et la peau dont la teneur en eau est inférieure. C'est la disparition du tissu graisseux sous-cutané qui permet à la peau de garder le pli elle est loin de traduire une déshydratation généralisée.

G. L.-L.

INFORMATIONS

Facultés — Ecoles — Enseignement

Conférences de technique d'exploration clinique et de séméiologie élémentaire. — 1re conférence, mercredi 4 novembre. — M. Baudouin : Introduction. — 2e, 3e, 4e, 5e et 6e conférences, du jeudi 5 au mardi 10 novembre. — M. Bariety : Appareil respiratoire. — 7e, 8e, 9e, 10e et 11e conférences, du mercredi 11 au lundi 16 novembre. — M. Soulié : Appareil circulatoire. — 12e et 13e conférences, mardi 17 et mercredi 18 novembre. — M. Hazard : Examen des urines au lit du malade. — 14e et 15e conférences, jeudi 19 et vendredi 20 novembre. — M. R. Couvelaire : Le rein. — 16e, 17e et 18e conférences, du samedi 21 au mardi 24 novembre. — M. Sicard : Séméiologie des affections chirurgicales des membres. Séméiologie des affections urgentes de l'abdomen. — 19e, 20e, 21e, 22e et 23e conférences, du mercredi 25 au lundi 30 novembre. — M. Cachera : Tube digestif et foie. — 24e, 25e, 26e, 27e et 28e conférences, du mardi 1er au samedi 5 décembre. — M. Garcin : Système nerveux.

Les conférences auront lieu tous les jours, de 17 à 18 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. En principe, elles sont réservées aux étudiants de première année.

Hopitaux

Hôpitaux de Paris. — Concours pour une place *d'accoucheur* le 2 décembre. Inscriptions du 16 au 21 novembre.

Concours de l'externat le 9 décembre. Inscriptions du 2 au 21 novembre.

Prix à décerner aux internes de quatrième année. 1° *Médecine* : Concours le 13 janvier. Le mémoire doit être déposé au plus tard le 14 novembre. 2° *Chirurgie et accouchement* : Concours le 21 janvier 1943. Mémoire à déposer au plus tard le 14 novembre.

Le mémoire pour le prix Civiale (1.000 francs) doit être déposé le 1er mars 1943 au plus tard.

Le concours pour le prix Fillioux (en 1943, deux prix pour les internes, deux prix pour les externes) sera ouvert le 1er mars. Le mémoire prescrit devra être déposé avant le 12 janvier 1943.

Vie professionnelle

Ministère de la Santé publique. — *Le secrétaire d'Etat à la Santé communique* :

Des bruits divergents ont couru sur la démission de Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Le secrétaire d'Etat à la Santé est en mesure d'apporter les précisions suivantes :

Au cours des trois derniers mois écoulés, deux Conseils départementaux seulement ont adressé au secrétaire d'Etat leur démission. Ce sont :

Le Conseil de la Loire-Inférieure, qui a démissionné à la date du 28 juillet 1942, à la suite d'un différend d'ordre intérieur survenu entre le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et lui.

Le Conseil de la Seine, qui a démissionné à la date du 17 septembre 1942, dans un geste de solidarité envers l'un de ses membres, frappé d'une sanction administrative pour une cause d'ailleurs sans rapport avec sa pratique professionnelle ou sa moralité.

Toutefois, afin de permettre la continuation sans heurts de leur œuvre, et dans un but d'apaisement moral, les deux Conseils ont bien voulu, à la demande du secrétaire d'Etat à la Santé, accepter de continuer à exercer leurs fonctions jusqu'à l'installation des Conseils prévus par la loi du 10 septembre 1942, parue au *Journal Officiel* du 18 septembre 1942.

Supplément de charbon « maladie ». — Le Conseil départemental de la Seine rappelle les conditions dans lesquelles doivent être établis les certificats médicaux pour l'obtention du « supplément de charbon-maladie ».

1° La mention diagnostic n'a pas à figurer.

2° Le certificat médical doit spécifier :

— Soit qu'il s'agit d'une affection aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à 8 jours ;

— Soit d'une affection aiguë fébrile d'une durée comprise entre huit et quinze jours.

Les médecins sont priés de se conformer à ces instructions.

Fédération des Associations amicales de médecins du Front. — *Cérémonie de la Flamme.* — C'est à la Fédération des Associations amicales de médecins du Front que revient l'honneur de *raviver la flamme sous l'Arc de Triomphe le jeudi* 19 *novembre à* 18 *h.* 30. *Tous les médecins*, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient appartenu ou non aux Corps Combattants, tous les *étudiants en médecine, sont instamment conviés à venir nombreux sous l'Arc de Triomphe, le* 19 *novembre.*

Rendez-vous directement sous l'Arc.

Société pour femmes et enfants de médecins. — La Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.), 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-VIIe, a pu, au cours des trois premiers trimestres de 1942, continuer à secourir ses veuves et ses orphelins, grâce, en partie, aux libéralités des Laboratoires de spécialités pharmaceutiques, dont les subventions s'élèvent à la somme totale de 48.400 francs, se décomposant comme suit :

Un don de 10.000 *francs* : Laboratoire du Docteur Debat.

Trois dons de 2.000 *francs* : Laboratoire du Docteur P. Astier ; Laboratoire de médecine expérimentale (à Beauvais) ; Laboratoire des ampho-vaccins.

Un don de 1.100 *francs* : Laboratoire Rosa.

Dix-huit dons de 1.000 *francs* : Laboratoires Bailly et Cie, Bottu, Catillon, Choay, Ciba, Clin, Corbière, Deglaude, Freyssinge, Le Brun, Lematte et Boinot, Lobica, Midy et fils, Robert et Carrière, Roche, Henry Rogier, du Docteur Roussel, Spécia.

Dix-huit dons de 500 *francs* : Laboratoires Bonthoux (fluxine), Boucard, Byla, Crinex-Uvé, Houdé, Lescène, R. Letulle, (Lab. d'Essences végétales antiseptiques), Nativelle, Oberlin, Odinot (Office de vulgarisation pharmaceutique), du Docteur Pinard (Compagnie des Eaux minérales de Pougues), Albert Rolland, Scientia, Société générale des Eaux minérales de Vals-les-bains, Zizine.

Vingt-six autres dons ont été faits par les Laboratoires Cantin, Famel, Fournier, Mayoly-Spindler, Société française des Eaux minérales (Prévoyance médicale), Michel Delalande, Endopancrine Deslandre, Albert Ranson, Ephédrine Béral, Biologie appliquée, Brisson, Roger Cavaillès, Carron, Dausse, Dehaussy, Dumesnil, Fumouze, Galbrun, Leprince, Mouneyrat, Reaubourg, Sandoz, Soudan.

ECHOS & GLANURES

Bastille et publicité. — Si la brièveté n'était pas nécessaire à un titre, celui-ci devrait plutôt s'écrire : *de la prise de la Bastille comme moyen de publicité pharmaceutique* ou encore ; *comment on prit la Bastille pour lancer le taffetas de France.*

On sait qu'après la fameuse journée, nombreuses furent les boutiques qui s'intitulèrent de façon ou d'autre, « à la Bastille » ; tous les grands événements se sont plus ou moins prêtés à ce genre de réclame. Mais il ne s'agissait là que d'un moyen pour imposer un nom facile à retenir grâce à sa célébrité. Tout autre est celui qu'inaugura un avisé commerçant de 89 en se servant, non pas du nom, mais du drame lui-même. Ses prédécesseurs se glorifiaient d'avoir guéri un grand personnage ; lui, fait savoir qu'il a guéri les blessés de la Bastille et cela d'une façon si ingénieuse et si discrète qu'il passerait de nos jours pour un maître de la publicité.

Or donc, en ce jour de grande effervescence, le bruit de l'émeute emplissait la paisible boutique du citoyen Volant, marchand droguiste de la rue Mêlée (on disait aussi rue Meslé et maintenant Meslay) entre la rue Sainte-Apolline et la rue au Temple. Les clients étaient rares et il lui vint une idée géniale alors que, sur le pas de sa porte, il regardait déferler les gens en arme et les badauds. Sans nul doute, on allait avoir des blessés, il pouvait du même coup faire connaître l'excellence de ses produits et affirmer son civisme. Volant part aussitôt, muni du nécessaire et parvient effectivement à distribuer son taffetas aux quelques éclopés d'une victoire obtenue à peu près sans combat.

Mais il fallait le faire savoir, et peu de temps après paraissait sur dix pages in-8 un « Précis exact de la prise de la Bastille, rédigé sous les yeux des principaux acteurs qui ont joué un rôle dans cette expédition et lu le même jour à l'Hôtel-de-Ville, 1789 », de l'imprimerie de Baudouin, rue du Foin-Saint-Jacques, n° 31. Cet opuscule anonyme était dû à la plume de L.-A. Beffroy de Reigny, rédacteur du *Courrier des Planètes*, et connu sous le nom de Cousin Jacques. A la page 7, en renvoi et en petits caractère, on lit : « Trente personnes tout au plus, ont péri dans ce siège. Le sieur Hulin a eu recours au *Taffetas de France*, de la manufacture du sieur Volant, rue Mêlée, n° 30, pour guérir les blessés et ce taffetas a eu le plus prompt et le plus heureux effet ».

Nos as de la réclame moderne n'auraient pas fait mieux.

Ajoutons que ce taffetas de France était probablement du taffetas d'Angleterre débaptisé pour la circonstance, c'est-à-dire du sparadrap à la colle de poisson, benjoin et térébenthine.

Dr P. Lemay.

L'alcoolisme par le vin. — M. Claquin consacre à cette question, une intéressante thèse (Paris, 1942) où il montre l'influence néfaste de la notion du vin-aliment, du vin producteur de forces établie par certains travaux scientifiques et qu'une habile propagande commerciale a fixée dans l'esprit du public.

Le vin est-il indispensable à l'homme ? Le public le croit, et les médecins, un peu vainement, ont concouru à entretenir cette opinion exagérée ainsi que le dit le Docteur Henri Bouquet dans un livre récent (Les maladies de la disette, Flammarion, éditeur).

« Le vin pris en quantité modérée ne peut faire de mal à l'homme, disions-nous, mais peut-il lui faire du bien ? En d'autres termes, le contingentement du vin peut-il être nuisible ? Médiocrement sans doute, mais certainement un peu. Les hygiénistes estiment que le vin a une valeur nutritive réelle. Qu'il soit dispensateur d'énergie, c'est ce que chacun reconnaitra ; seulement c'est une énergie un peu dangereuse et comparer à cet égard un litre de vin à 150 grammes de sucre, c'est verser dans une vue théorique de l'isodynamie qui ne saurait se soutenir et qui, transférée sur le plan pratique, serait pleine de périls. »

Les formes d'alcoolisme neuro-psychique dues au vin ne sont pas différentes de celles qui sont réputées être produites par les eaux-de-vie ou les apéritifs à essences. Les formes convulsives entrent dans une proportion de 7,27 % des cas observés. 71,65 % des hommes entrants à l'Hôpital psychiatrique, âgés de 30 à 50 ans, sont atteints d'alcoolisme neuro-psychique.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'injection intra-artérielle et intraveineuse de novocaïne comme méthode générale de vasodilatation provoquée par action sur l'endothélium.

Par **René LERICHE**

Depuis 1930, en partant de l'observation des effets de l'injection périartérielle d'anesthésie locale (1), j'ai utilisé un grand nombre de fois d'abord l'*injection intra-artérielle*, puis l'*injection intra-veineuse de novocaïne*, celle-ci tantôt, mais rarement, en voie libre, tantôt et plus souvent, à contre-courant, sous stase.

Peu à peu, cette méthode nouvelle est devenue pour moi d'usage courant, d'abord dans toutes sortes d'états vaso-moteurs, douloureux et trophiques, dans les artérites, dans les acrocyanoses, dans la maladie de Raynaud, dans les accidents provoqués par le froid (de l'engelure à la gelure), pour la stérilisation des ulcérations chroniques des membres (type ulcère dit variqueux) en vue de la greffe, dans les troubles vaso-moteurs post-traumaiques, dans les arthrites traumatiques et l'ostéoporose algique, dans certaines complications pulmonaires post-opératoires, dans les douleurs des amputés (2) et dans quelques infections aiguës des membres (3).

Les résultats, ainsi obtenus, méritent attention. Tous ne sont pas d'égale valeur. Il y a des cas où l'anesthésie ganglionnaire est plus efficace. L'avenir décidera.

Récemment, la méthode a reçu une nouvelle extension qui lui confère une pressante actualité : d'une part, Ameuille, dos Ghali, Bourkin et Guiot ont employé l'injection intraveineuse lente avec d'heureux résultats, dans l'asthme et dans certaines dyspnées (Soc. méd. des Hôpitaux, 31 octobre 1941) ; d'autre part, Jean Guillaume, en l'utilisant dans des cas désespérés d'œdème cérébral post-opératoire avec coma, hyperthermie et stertor, a pu parfois renverser la situation en quelques instants.

Il semble donc bien qu'il s'agisse d'une méthode de portée générale qui peut être étudiée dans différentes directions.

Ceci ne saurait être que l'œuvre du temps. Mais dès maintenant, pour orienter les idées, dans la mesure où ceci peut être fait, il importe de préciser l'*action physiologique de l'injection intravasculaire de novocaïne*. Je dis intravasculaire parce que, physiologiquement, l'effet de l'injection intra-artérielle ne paraît être jusqu'ici, de même nature que celui de l'injection intraveineuse.

Le 24 mai 1939, j'ai indiqué, avec Frœhlich, à l'*Académie de Chirurgie*, que l'injection de 3 c. c. de novocaïne *dans l'artère fémorale d'un chien* était suivie des trois phénomènes suivants :

1° d'une légère baisse tensionnelle portant surtout sur la maxima ;

2° d'une accélération des pulsations ;

3° d'un réchauffement considérable des extrémités. La température, mesurée au couple thermo-électrique, étant, avant l'injection, de 23°4, passait aussitôt après l'injection à 28° du côté injecté, alors qu'elle restait à 23°2, du côté opposé.

Les effets leucocytaires n'ont pas été étudiés. Ils mériteraient de l'être.

La guerre a interrompu ces recherches, elles paraissaient prouver que l'effet est surtout de vaso-dilatation. Nous avions essayé aussi expérimentalement l'injection intra-cardiaque qui a peut-être aussi des indications (angine rebelle).

Chez l'homme, voici ce que j'ai vu : l'injection intra-artérielle ne produit pas de modification sensible de la pression générale. Elle accélère parfois le pouls. Elle est presque toujours suivie d'une sensation de chaleur à la périphérie, souvent perçue comme un courant chaud qui suit le trajet artériel, révélation inattendue d'une *sensibilité consciente de l'endothélium, jusqu'alors insoupçonnée.*

A point de vue thermique, les mensurations indiquent une

(1) Sur un moyen simple de calmer les douleurs des malades atteints d'artérite chronique. *Gazette des Hôpitaux*, 6 avril 1930. — De l'emploi des injections intra-artérielles de novocaïne dans les formes douloureuses des artérites oblitérantes (avec FONTAINE). *Soc. de chirurgie*, 13 février 1935. — Stérilisation de deux ulcères de jambe invétérés par injections intra-artérielles de novocaïne (avec FRŒHLICH), *Académie de chirurgie*, 24 mai 1939. — Petits moyens pour soulager facilement les douleurs des extrémités, et dans certains troubles vasomoteurs. *La Presse Médicale*, 22 juillet 1941.

(2 De quelques sensations particulières provoquées chez des amputés et des hémiplégiques par l'injection intra-artérielle de novocaïne. *La Presse médicale*, 25 novembre 1942.

(3) Dans la « Listerian Lecture », intitulée « De l'Idée Listérienne », en 1939 (*Gazette des Hôpitaux*, n° 28, p. 473), j'ai signalé la place à côté de la listérisation intra-artérielle par injection de substances germicides, de la novocaïnisation intra-artérielle qui agit en s'adressant à l'élément vaso-moteur de l'inflammation. La guerre a empêché la publication des observations détaillées recueillies à la Clinique chirurgicale de Strasbourg pendant trois années.

FEUILLETON

Les fréquentations médicales de Madame Roland

A vingt ans, Mademoiselle Phlipon n'a de goût décidé que pour l'étude et ne songe pas encore à se marier. Mais d'autres y pensent pour elle et les prétendants sont nombreux : un apprenti, un avocat, un bijoutier, un boucher même se présentent et sont repoussés.

C'est que Manon veut un mari digne d'elle ! « Je ne descendrai pas du monde de mes nobles chimères, répond-elle aux instances sans cesse renouvelées de son père ; « ce que je veux, ce n'est pas une condition, c'est un homme ».

Cet époux rêvé pourrait être un médecin. Du moins, une amie de la famille Phlipon le pense et Mlle Desportes présente un beau jour de septembre 1773, le docteur-régent Gardanne, qui « sociait beaucoup avec elle ». Ce Gardanne, originaire du Midi, avait alors trente-trois ans. Il exerçait dans le quartier Saint-Eustache et jouissait déjà d'une certaine renommée que lui avaient value tant ses fonctions de censeur royal et de médecin du bureau des nourrices que la publication de diverses brochures sur les maladies vénériennes.

Ni la profession, ni la réputation de ce prétendant n'étaient pour déplaire à la jeune Manon : « L'état me convenait, il promettait un homme éclairé ; mais il fallait connaître sa personne ».

Une entrevue habilement ménagée permit de faire cette connaissance qui ne provoqua point d'enthousiasme chez la jeune fille :

« Un médecin dans son costume, dit-elle, n'est jamais séduisant pour une jeune personne ; je n'ai su dans aucun temps de ma vie me représenter l'amour en perruque. Gardanne, avec ses trois marteaux, son air doctrinal, son accent du Midi, ses sourcils noirs très rapprochés, avait l'air beaucoup plus propre à conjurer la fièvre qu'à la donner ».

Gardanne « n'en imposait pas aux sens » et ne « plut guère au premier moment ».

L'impression du médecin avait-elle été meilleure ? Ce n'est pas sûr. La jeune fille était venue à l'entrevue dans une simple robe de toile, « les cheveux défrisés, sous une coiffe ». Et le pauvre eut à supporter pendant une heure et demie les taquineries de Manon sur sa perruque, sa canne, son cabriolet et dût expliquer ce qu'il espérait trouver dans la femme qu'il épouserait.

« Il ne voulait pas, écrira plus tard Madame Roland, de ces femmes à qui il faudrait, en se mariant, une femme de chambre, un second laquais, un appartement particulier et qui passent la nuit au bal, le jour au jeu, comme la plupart des femmes de médecins... Il cherchait des sentiments, de l'éducation et du solide ».

Manon voulait elle aussi « des principes, des mœurs, du bon sens et de l'éducation ».

Avec des goûts aussi semblables, on en resta cependant là. Les jours passèrent sans nouvelle entrevue et, quand Gardanne écrivit, trois semaines plus tard, c'était pour dire qu'il était très honoré par l'union envisagée, mais que son père s'y opposait.

En réalité, ce « médecin consultant de la Faculté d'Amathonte, Paphos, Cythère et autres lieux », comme l'appellent les *Mémoires secrets*, avait été très offensé des demandes de renseignements faites sur lui par son futur beau-père ; et cela, comme peut-être l'insuffisance de la dot de Manon, expliquent mieux la rupture que la crainte de Gardanne de se voir éconduit,

élévation de 2 à 4 degrés, à l'extrémité, soit au thermocouple, soit au thermomètre à température locale.

L'injection lente dans *la carotide et dans la vertébrale* amène un état d'inconscience qui n'est pas du coma, avec changement du rythme respiratoire, sans modification apparente du pouls, et avec aphasie passagère. L'ensemble clinique rappelle celui du coma hypoglycé nique léger. Les effets sur le fond d'œil n'ont pas été recherchés. L'injection de 5 c. c. a calmé une fois un délirant après anémie aiguë par hématémèse. Elle a échoué dans d'autres cas. L'expérience n'est pas suffisante pour permettre l'énoncé d'un jugement.

L'injection dans l'aorte descendante produit un effet de réchauffement dans les deux membres inférieurs et dans le bas-ventre.

Il est à noter que l'injection de mercurochrome produit le même phénomène.

L'injection intraveineuse de novocaïne à contre-courant n'a pas été étudiée expérimentalement, mais ses effets sont faciles à observer chez l'homme. Sous stase, elle est suivie d'une rapide sensation de réchauffement, bientôt suivie d'une hyperthermie objective de la main ou du pied. En même temps, la coloration de la peau change. Par zones irrégulières, elle devient rouge carminé, tandis que les veines deviennent turgides, beaucoup plus volumineuses que sous le simple effet de la stase. Dans le même moment, les injectés accusent souvent une sensation agréable de souplesse des doigts. Ces phénomènes durent quelques heures ou quelques jours. Cette constatation rejoint ce fait d'observation que l'injection de Perabrodil ou d'uroselectan dans une veine pour veinographie est suivie d'une hyperthermie considérable de la jambe et du pied qui dure souvent plusieurs jours. On a voulu y voir la traduction d'une inflammation. L'instantanéite du phénomène indique qu'il s'agit là plutôt d'une réponse nerveuse vaso-dilatatrice. De même, les oblitérations spontanées ou provoquées d'un paquet variqueux sont suivies d'une hyperthermie locale assez intense.

J'ai vu une fois l'effet de réchauffement à retardement après une réaction paradoxale : chez un homme, ayant des doigts morts avec des crises vaso-constrictives suivies d'une gênante maladresse des mouvements, l'injection dans une veine du dos de la main de 5 c. c. de novocaïne fut suivie d'une léger réchauffement. Puis, dès que le malade fut au froid, il se produisit une crise vaso-constrictive intense qui dura deux heures et fut brusquement remplacée par une sensation de chaleur vive avec bien-être et extrême agilité des doigts. L'effet thérapeutique dura huit jours.

***

L'observation clinique, encore bien incomplète, semble donc indiquer que *l'endothélium est un des éléments essentiels de la régulation vaso-motrice*, puisque son excitation directe par un produit clinique produit toujours un phénomène de vasodilatation. Si l'on se plaisait au jeu rhétoricien des parallèles on pourrait opposer la réaction endothéliale vaso-dilatatrice à la réaction adventicielle vaso-constrictive. Ce serait,sans doute, un peu excessif.

Deux faits chirurgicaux viennent s'ajouter à ces constatations qui mettent en lumière le rôle physiologique de l'endothélium dans la régulation vaso-motrice :

1° L'endo-anévrysmorraphie oblitérante qui ferme par des sutures endothéliales les orifices artériels débouchant dans un anévrysme et, finalement, en accole les parois, est suivie d'*une hyperthermie durable du membre en aval* ! Et cependant, la voie principale est bloquée. Je l'ai signalé récemment (1). Dans l'observation que j'ai publiée, quatre mois après l'opération, alors que le pouls n'était pas rétabli, le pied du côté opéré était encore plus chaud que l'autre. Il en va de même quand on fait une anévrysmorraphie, laissant persister la perméabilité artérielle. De même aussi après les angiorraphies latérales.

On peut donc dire, ce qui n'avait pas été remarqué jusqu'ici, que les *sutures transendothéliales provoquent une réaction vaso-dilatatrice active.* Dans mon cours du Collège de France, j'ai insisté sur ces faits si intéressants ;

2° La résection d'une artère oblitérée produit la même vasodilatation. Depuis 1917, où j'ai signalé ce fait, jusqu'alors inconnu, il a été partout constaté et généralement admis.

Tout ceci incite à penser que les injections intra-artérielles et intraveineuses de novocaïne agissent surtout par les réactions vasomotrices qu'elles produisent. Qu'il s'y ajoute un effet anesthésique sur les centres nerveux, comme le pensent dos Guali, Bourdin et Guiot, c'est possible, mais l'effet vaso-moteur qui en est la conséquence, me paraît la chose essentielle. La

(1) De quelques enseignements physiologiques et techniques fournis par une anévrysmorraphie oblitérante pour anévrysme de la poplitée. *La Presse médicale*, 30 avril 1942.

---

après les diffamations dont il avait été l'objet pendant le procès de Goëzmann contre Beaumarchais.

Et Mlle Phlipon se montra enchantée de « voir rompre une affaire qui paraissait si bien faisable » et de n'avoir point pour mari « un homme qui, aux qualités de l'esprit, n'en joignait aucune du cœur ».

***

Ces qualités, elle va les rencontrer, ou du moins les trouver telles pour un temps, chez un autre médecin, ami du quinquagénaire qu'elle épousa trois ans plus tard.

Au cours de son voyage en Italie, Roland avait fait connaissance d'un nommé Lanthenas, jeune homme de vingt ans, originaire du Puy, qui cherchait alors à l'étranger un débouché pour les soieries lyonnaises. Les deux voyageurs se prirent d'amitié et se revirent à Lyon et au Puy.

Lanthenas, qui voulait quitter le commerce et étudier la médecine, finit par obtenir de son père les subsides nécessaires. Et, en 1780, il était à Paris, rue Saint-Jacques, à l'hôtel de Lyon où logeait également l'inspecteur des manufactures venu pour quelques mois à Paris avec sa jeune femme.

Dès le premier jour, entre Lanthenas, logé sous les toits, et les Roland, occupant au-dessous un appartement modeste, mais moins inconfortable, l'intimité fut complète, paisiblement fraternelle. Madame Roland, dans ses lettres, l'appelle « le frère », « le petit frère ». Lui, de son côté, la nomme « la sœur », « la petite sœur « *Soretta* ». D'autres fois, surtout quand Roland tient la plume, c'est « le camarade », « le compagnon », « le fidèle Achate ». Toute la correspondance nous montre Lanthenas vivant ainsi dans l'ombre des Roland et réalisant, comme dit Sainte-Beuve, l'idéal du *famulus*.

Ses lettres à Roland, à Madame Roland, nous le montrent alors aussi occupé d'étudier l'anatomie que de faire les commissions de ses amis d'Amiens qui l'ont mis en relations avec Bosc et un disciple de Swedenborg. Car le jeune étudiant croit à Mesmer, tout en suivant, pour le contrôler, le cours d'électricité du physicien J.-B. Leroy ; mais c'est à Mesmer que vont ses préférences, et il songe sérieusement, au moment de s'établir médecin, à acheter « la doctrine », c'est-à-dire le secret du thaumaturge, pour vingt-cinq louis ! Dix ans plus tard, ce mesmeriste désabusé avouera avoir connu trois charlatans dans sa vie : Cagliostro, Mesmer et Robespierre !

Il fallait cependant se faire recevoir docteur. A Paris, c'était difficile, car il manquait des inscriptions à Lanthenas qui n'avait été reçu maître ès-arts qu'en avril 1784. Mais les Facultés de province étaient de meilleure composition. Lanthenas hésita entre Montpellier et Reims ; finalement, il se décida pour Reims après s'être préparé assez singulièrement à l'épreuve finale en faisant avec les Roland un voyage de six semaines en Angleterre. Et le 13 septembre 1784, il était reçu docteur dans cette université dont la complaisance était légendaire. Sa thèse, écrite en latin, avait pour sujet : « *Les causes éloignées de toutes les maladies et le plus souvent même leurs causes prochaines doivent être imputées à l'éducation* ». Mélange de considérations sur la morale et l'hygiène, où paraît à chaque instant l'influence de Rousseau, et qu'il répètera dans un autre écrit de 1793 : *De l'influence de la liberté sur la santé, la morale et le bonheur*.

Le moment étant venu pour le jeune docteur de s'établir, Lanthenas revint au Puy où son père le réclamait et y passa quelques mois, assez pour y mûrir son ressentiment contre la situation de *cadet* qu'était la sienne, et finalement rejoignit les Roland à Lyon, puis à Villefranche où il se fit « enregistrer » comme médecin.

Trois mois après, il était de nouveau à Paris, ayant, écrit

novocaïne est bien le médicament vaso-dilatateur dont je signalais les effets en 1938 (1).

J'y vois une confirmation nouvelle des idées que je soutiens depuis des années, sur le rôle de la vie végétative tissulaire dans le déterminisme de la maladie et sur l'orientation que doit prendre la thérapeutique, en s'inspirant de cette donnée d'observation.

Il semble que les faits signalés après injection intra-vasculaire de novocaïne, et plus encore que les miens, ceux d'Ameuille et de ses collaborateurs, ceux de Jean Guillaume, introduisent quelque chose de nouveau dans la pathologie et dans la thérapeutique, comme l'ont déjà fait les infiltrations des ganglions sympathiques et du splanchnique. Nos conceptions de la maladie sont en train de changer. Ce n'est pas le moindre intérêt de ces méthodes nouvelles.

La forme somnolente de la méningite tuberculeuse de l'adulte et sa localisation choroïdo-ventriculaire

Par M. LOEPER et Ch. BACH

Parmi les nombreux aspects cliniques que peut revêtir la méningite tuberculeuse chez l'adulte, la forme somnolente mérite d'être individualisée.

Cette forme somnolente nous l'avions décrite dès 1904, mais lui avions donné le nom impropre de comateuse (2). Nous croyons pouvoir y revenir aujourd'hui, grâce à quelques observations nouvelles. Nous verrons qu'elle correspond à des lésions anatomo-pathologiques bien particulières et qu'elle pose des problèmes pathogéniques intéressants.

Voici la dernière de ces observations :

Mlle Renée An... entre dans notre service le 17 janvier 1942, pour une pyrexie assez irrégulière, étiquetée fièvre typhoïde depuis plus d'un mois. Un syndrome méningé est apparu récemment.

C'est une malade très amaigrie, cachectique, plongée dans la torpeur, qui répond avec peine aux questions et retombe aussitôt dans un som meil profond. Cette somnolence est parfois interrompue par un délire tranquille et passager. La face présente en outre des mouvements de mâchonnement et une paralysie du moteur oculaire commun du côté droit vient bientôt s'ajouter à la symptomatologie.

Le syndrome méningé est net, caractérisé par une raideur importante de la nuque, un léger signe de Kernig. Mais les réflexes tendineux sont normaux aux quatre membres, le réflexe cutané plantaire est en flexion.

Le pouls régulier, bat à 80. La tension est basse. De plus, une cyanose très discrète occupe les doigts, le nez, les lèvres.

Une ponction lombaire fut rapidement faite qui confirma le le diagnostic : lymphocytose importante : 80 éléments par mmc. avec présence de nombreux B. K. par champ.

La cuti-réaction est restée négative.

A l'*autopsie*, des granulations miliaires particulièrement nombreuses au niveau des deux poumons et de la rate ; quelques éléments miliaires sur le foie et les reins et un nodule calcifié au niveau du lobe supérieur droit. Le ganglion satellite est volumineux et en partie calcifié.

Mais surtout lésions du *cerveau*. D'épais placards de méningite occupent la base, et notamment la région du chiasma mais, chose curieuse, la convexité des hémisphères cérébraux est pratiquement normale et dépourvue de granulations. La localisation choroïdo-ventriculaire est particulièrement marquée.

Une coupe verticale du cerveau montre des lésions importantes des parois du III[e] ventricule et des ventricules latéraux. Les plexus choroïdes présentent de nombreuses granulations. Les parois sont irrégulières, tomenteuses. Les lésions soudent en quelque sorte les plexus choroïdes très infiltrés et le tissu nerveux et laissent au voisinage de la III[e] paire un nodule lymphatique très dense.

De cette observation, nous rapprochons les trois observations premières qui nous permettaient en 1906 de décrire la forme comateuse de la méningite tuberculeuse :

Le premier cas concernait un homme de 25 ans, qui pendant quatorze jours, présenta de la céphalée, de la torpeur et un peu de fièvre. Au quinzième jour, le coma était complet, aucune paralysie ne se manifestait, et aucun trouble oculaire. La mort survint le 18[e] jour.

La ponction lombaire avait permis le diagnostic de méningite bacillaire. L'autopsie montra une tuberculose très consi-

(1) De l'action vaso-dilatatrice de la novocaïne. Nature physiologique des effets thérapeutiques de l'infiltration novocaïnique. *La Presse Médicale*, 5 novembre 1938, p. 1625.

(2) La forme comateuse de la méningite tuberculeuse. *In* : Clinique et Laboratoire de l'Hôtel Dieu, 1906, Masson, éditeur.

Roland, déserté les drapeaux d'Esculape pour passer sous ceux de Mercure ». Mais le souci de faire fructifier la petite fortune laissée par son père ne l'occupe pas en entier. Il continue à partager avec Bosc le soin de faire à Paris les commissions des Roland et il se lie avec Bancal des Issarts, Creuzé-Latouche et surtout avec Brissot, qui l'intègre dans sa « Société des amis des Noirs ». La Révolution approchait et tous ceux qui l'attendaient resserraient leurs rangs.

Dès le début des événements de 1789, Lanthenas prend position dans le *Patriote français*, où il traite des questions qui lui tiennent le plus au cœur : l'abolition de la traite des Noirs et du droit d'aînesse, la liberté de la presse. Avec Bosc et Bancal, il forme un « triumvirat », suivant l'expression de Mme Roland. Triumvirat politique surtout, ils sont les lieutenants de Brissot ; mais aussi association d'intérêts ; car Lanthenas rêve d'une vaste association agricole avec ses amis. Pour les décider, il vient au Clos en septembre 1790 et, heureux d'y avoir retrouvé sa vie d'autrefois, prolonge son séjour dans le rustique domaine, soignant les malades, prêchant la Révolution au curé du pays et allant à Lyon pour y prêcher aussi dans les clubs et y organiser des sociétés populaires.

Quelques mois après, Roland était envoyé à Paris pour demander que la dette municipale de Lyon fut déclarée dette nationale. Il s'y logea rue Guénéguaud, avec sa femme et l'inséparable Lanthenas qui, dans le salon de Madame Roland, rencontre Robespierre et fréquente aussi au comité de la place Vendôme où se réunissaient Vergniaud et ses amis ; et c'est là qu'un jour, où on cherchait un ministre de l'Intérieur, il mit en avant le nom de Roland.

Comme de juste, une fois le ministère de ce dernier constitué, il devient son secrétaire particulier, sans titre officiel, mais plus que jamais son séide. Aussi, quand après le 10 août, Roland revient pour la seconde fois au ministère, confie-t-il à Lanthenas la troisième direction, poste administratif dans lequel le factotum de Roland porta son activité brouillonne entremêlée de longs accès d'inertie.

Mais, par ses relations avec les patriotes avancés, surtout lorsqu'il eut été nommé député à la Convention, Lanthenas n'en avait pas moins un rôle assez considérable et parfois embarrassant pour son chef. Tandis que Roland, en guerre ouverte avec la Commune de Paris, attaqué par Robespierre, dénoncé par les Jacobins, et rompant bientôt avec Danton, inaugurait une politique de résistance, Lanthenas, dit Cl. Perroud, plus enchaîné par ses relations avec le parti avancé, se désolait, critiquait, se refroidissait visiblement. Il s'en prenait aux chefs du parti girondin, et particulièrement à Buzot dont il avait bien vite deviné l'amour pour Madame Roland.

Jaloux et blessé, le « fidèle Achate », usant du privilège d'une vieille amitié, récrimina auprès de Madame Roland, auprès de Roland lui-même. Et ce fut par des lettres enflammées de colère et de dédain que se terminèrent quinze années d'amitié entre le « frère » et la « sorella ».

Madame Roland voulut d'abord faire le silence sur cette amitié et cette rupture. « Lanthenas m'a trop aimé, écrivait-elle à Mentelle, pour que j'en dise du mal, et je le méprise trop pour en dire du bien ». Mais elle crut cependant devoir s'expliquer :

> Lanthenas, dit-elle dans les *Mémoires* rédigés à Sainte-Pélagie, était un bon et tendre frère : mais il ne pouvait être autre pour mon cœur, et ce sentiment me rendait d'autant plus libre et franche dans l'intimité établie entre nous trois. Lanthenas, apparemment comme le vulgaire, content de ce qu'il a lorsque d'autres n'obtiennent pas davantage, s'aperçut que je ne demeurais point insensible, en devint malheureux et jaloux... il s'éloigna... imaginant le pis ; ses opi-

dérable des plexus choroïdes avec une hydrocéphalie très abondante et un ramollissement de la corne occipitale du ventricule latéral gauche avec thrombose de la veine de Galien et d'une petite artère émanée des optiques ; la pie-mère corticale et basilaire était macroscopiquement et microscopiquement intacte.

Le deuxième cas concernait un homme de 32 ans, considéré depuis un mois comme neurasthénique, renvoyé de l'hôpital comme simulateur et qui se plaignait de céphalée et de fatigue des membres inférieurs et de tendance au sommeil. En mai 1899, il fut apporté sur une civière à l'hôpital Tenon dans un état comateux. Il resta ainsi quatre jours, insensible et inattentif, ne répondant à aucune question, bien qu'il parut les entendre et les comprendre, et n'eut aucune aphasie. Sa température ne dépassa guère 37°9. La mort survint dans un coma progressif.

L'autopsie révéla une tuberculose choroïdienne très nette, avec symphyse de plusieurs villosités, quelques granulations ventriculaires. Au niveau de la seule scissure de Sylvius, on trouva à la loupe deux granulations dont l'examen décela la nature tuberculeuse.

Enfin, un troisième cas, exactement semblable avec céphalée, hébétude, coma, fièvre légère et à l'autopsie, tuberculose exclusivement choroïdienne, fut observé peu de temps après.

***

Telles sont les observations où domine la lésion ventriculaire et choroïdienne et où fait presque entièrement défaut la lésion corticale. Cliniquement et anatomiquement, cette forme est vraiment spéciale et bien définie par le terme *somnolente*. Elle semble avoir été admise par Audral.

Gintrac en avait cité quelques cas analogues, mais moins précis. De même Rilliet et Barthez donnent une observation. Mais la meilleure description a été donnée par Lesage et Abrami, il est vrai *chez l'enfant*. « Le fond commun de la symptomatologie, écrivent-ils, c'est ce syndrome à quatre termes : somnolence, catalepsie oculaire, instabilité du pouls, amaigrissement... la somnolence est le phénomène le plus caractéristique et le plus saillant ».

Au début, tendance au sommeil, accès de sommeil chez un enfant qui, par ailleurs, peut sembler bien portant. Plus tard, la torpeur devient permanente, de plus en plus profonde, faisant place insensiblement au coma. L'autopsie des malades révélait d'abord la rareté exceptionnelle de la granuliméningée dans ces formes, la prédominance des lésions pie-mériennes, particulièrement au niveau de la base de l'encéphale et dans une région limitée : face antérieure du bulbe, protubérance, et région de la selle turcique. Parfois sous forme de plaques épaisses, le plus souvent bien plus discrètes, ne s'imposant pas à l'œil. Signalons que les auteurs remarquèrent aussi la fréquence des tubercules cérébraux (lobe occipital, lobes latéraux du cervelet).

***

Lesage et Abrami ont bien vu l'aspect clinique de la maladie. Peut-être n'en ont-ils pas aperçu exactement le substratum anatomique. Et ils avaient limité leur étude à l'enfant.

Comme on peut le voir, *la maladie sous cette forme existe aussi chez l'adulte.*

A la lumière de ces différentes observations, nous pouvons en brosser un tableau d'ensemble.

La somnolence domine le tableau clinique, au bout de quelques jours, elle fait place insensiblement au coma terminal. On ne retrouve que très peu de signes corticaux, le délire reste minime. Il y a peu de signes méningés.

Par contre, dans quelques observations non citées ici, coexistent un certain nombre de signes qui semblent bien indiquer une localisation infundibulo-tubérienne :

— très grosse hyperthermie,
— glycosurie,
— azotémie parfois considérable.

On conçoit que, dans nombre de cas, l'erreur diagnostique soit facile et ait pu être faite avec l'encéphalite épidémique.

La ponction lombaire est particulièrement utile : la lymphocytose, l'albumine sont plus fortes que dans l'encéphalite épidémique. Enfin l'existence de B. K. dans le liquide permet aussitôt le diagnostic, encore que dans ces formes de méningite, il puisse être particulièrement difficile de le mettre en évidence.

L'examen du cerveau nous apporte la caractéristique anatomique. Les lésions sont surtout des lésions choroïdiennes et des lésions ventriculaires.

1° Les lésions *choroïdiennes*, qui existent évidemment dans toutes les formes de méningite tuberculeuse, sont ici particulièrement intenses et prédominantes.

Elles consistent en œdème, congestion et nodules tuberculeux. Les plexus peuvent être adhérents, recouverts d'une sorte de couenne fibrineuse qui les dissimule et les déforme.

Examinés sous l'eau, ils ne s'étalent pas avec la souplesse habituelle, les villosités sont soudées, le chevelu n'est plus apparent ; les plexus sont transformés en une sorte de magma crémeux.

Microscopiquement encore, on retrouve des *lésions banales*. La congestion est presque constante, avec hémorragies punctiformes du tissu conjonctif. L'œdème est fréquent, parfois considérable. Une origine mécanique (thrombose tuberculeuse des vaisseaux pie-mériens) contribue à l'expliquer.

---

nions même prirent une nouvelle teinte ; son cœur l'empêchait d'être féroce comme les Montagnards, mais il ne voulut plus voir comme moi, et bien moins comme celui qu'il me voyait chérir ; il prétendit se mettre entre *le côté droit* dont il blâmait les PASSIONS et *le côté gauche* dont il ne pouvait approuver les excès ; il fut moins que rien et se fit mépriser des deux parts ».

De fait, le malheureux Lanthenas, sévèrement jugé par les amis dont il s'était éloigné à l'heure où le péril fondait sur eux, tenu à distance par les vainqueurs qui ne voyaient en lui qu'un rêveur importun (Lanthenas, disait Marat, est un pauvre d'esprit qui ne mérite pas qu'on songe à lui), ne fit plus que mener une existence désolée. Rejeté et balloté entre les partis, il réunit ses discours en manière de testament politique et publie brochure sur brochure pour démontrer l'utilité des connaissances religieuses et exposer ses conceptions sur la conduite de l'Etat. Et, c'est en proie à d'amères réflexions que l'ancien Conventionnel, songeant aux épitres révolutionnaires de Madame Roland... ou les ayant oubliées, concluait à la nécessité pour les femmes « de ne jamais se mêler des affaires publiques ».

Lanthenas mourut à Paris le 2 janvier 1799.

***

Le destin, qui avait placé sur la route sentimentale de Madame Roland deux médecins : un prétendant, qui mourut fou et un amoureux dont la jalousie aida, si elle n'entraîna, sa condamnation à l'échafaud, ce destin lui ménagea dans les milieux médicaux d'autres rencontres qui n'eurent rien de tragique.

Elle connut Bosc d'Antic dont le fils tint une si large place dans sa vie familiale et politique ; Fourcroy, dont elle suivait le cours au Jardin des Plantes.

Elle rencontra, chez cette Mlle Desportes qui avait voulu la marier avec Gardanne, Coste, docteur-régent rue de Verneuil, « provençal plein d'esprit avec qui elle philosophait pendant des heures ». Et à Londres, en 1784, elle fit la connaissance de Des Genettes qu'elle étonna par sa tenue : « un habit de cheval en bouracan brun avec des boutonnières brodées en or » ; elle l'invitera plus tard, au ministère de l'Intérieur, où « l'on dînait, dit-il, à peu près comme à Lacédémone ».

Elle fut aussi en relation avec le médecin-naturaliste Brousonnet ; avec le « brave Vitet », nommé maire de Lyon en 1790, alors qu'il était question de Roland comme procureur de la commune.

Et elle eut l'occasion de consulter, tant pour elle que pour son « poussin » et son « bon ami », de nombreux médecins : Ancelin, Legrand, d'Hervillez, d'Amiens ; Bussy, Morel, Chavanne, de Villefranche ; Rast, de Lyon, etc... Ces rencontres furent pour cette femme, dont l'esprit était ouvert à toutes les curiosités, l'occasion de bien des réflexions qui pourraient donner lieu à une étude sur Madame Roland médecin, et surtout puéricultrice. Ce sera peut-être l'objet d'un autre feuilleton.

E. BOMBOY.

Mais il est possible de déceler des lésions tuberculeuses *vraiment spécifiques.* Parfois les lésions sont confluentes : les villosités sont soudées, transformées en une masse informe où se voient des vaisseaux thrombosés. Certaines parties subissent un commencement de dégénérescence vitreuse ou caséeuse. Plus souvent les lésions restent discrètes : les villosités sont congestionnées, les vaisseaux dilatés, certains pouvant être rompus. L'épithélium est rompu par places et les cellules se répandent dans le liquide environnant. Enfin, on retrouve de façon à peu près constante, au sommet de certaines villosités. des nodules lymphoïdes typiques, des tubercules choroïdiens, Il nous a semblé d'ailleurs que les éléments mononucléées qui le constituent n'ont pas une origine exclsivement sanguine, mais naissent souvent du tissu conjonctif même de la villosité ;

2° A côté de ces lésions choroïdiennes, une place importante doit être faite à la tuberculose des *parois ventriculaires.*

Nous avions déjà signalé autrefois la fréquence de l'atteinte ventriculaire que n'avaient point ignorée Ophus et Walbaum et Armand Delille.

La paroi peut être adhérente, recouverte d'un abondant semis de lymphocytes, érodée, pénétrée par le processus qui dessine dans l'intérieur du tissu nerveux des traînées lymphatiques et des granulations jusqu'au voisinage des noyaux d'origine des nerfs.

Que la lésion se soit développée simultanément ou que secondairement des microbes s'essaiment des villosités dans la cavité ventriculaire et se fixent sur la paroi cérébrale, des phénomènes de nécrose par oblitération vasculaire peuvent se surajouter à des lésions proprement tuberculeuses.

Marinesco (1), dans un article récent, à propos de trois cas de méningite tuberculeuse à forme hypersomnique, insiste sur l'importance des lésions profondes du tronc cérébral en particulier de la substance grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius, le IIIe ventricule et les noyaux infundibulo-tubériennes.

Dans le premier cas, l'autopsie montrait : « un processus méningitique considérable enveloppant bandelettes optiques et insertion des tiges pituitaires, un processus inflammatoire considérable des parois du IIIe ventricule avec foyer nodulaire sous-épendymaire, le processus étant particulièrement intense au niveau des noyaux périventriculaires et des lésions vasculaires existent aussi en plusieurs noyaux. Altération considérable des noyaux du tuber. Altération profonde de toute la substance grise centrale commençant au niveau de l'aqueduc de Sylvius jusqu'aux parois du IIIe ventricule.

Dans son deuxième cas, il y a bien une méningite considérable de la base du cerveau, mais un processus inflammatoire très intense se propage vers la substance nerveuse entourant le IIIe ventricule, déterminant aussi une hyperplasie névroglique et des lésions cellulaires des différents noyaux infundibulo-tubériens.

Un troisième cas, enfin, révéla aussi une méningite tuberculeuse basilaire considérable, mais une altération profonde des noyaux tubériens. Ces lésions étaient plus intenses au niveau des noyaux propres du tuber et des noyaux sous-bandelettaires, et aussi dans les noyaux périventriculaires et les formations avoisinantes.

***

Ces diverses lésions sont particulièrement suggestives. Elles nous permettent d'approfondir le mécanisme de la somnolence dans cette forme spéciale de méningite tuberculeuse.

Ce mécanisme semble double :

1° Les lésions choroïdiennes sont à l'origine d'une sécrétion abondante de liquide céphalo-rachidien dans la cavité ventriculaire, il en résulte une distension des cavités ventriculaires par hydrocéphalie ;

2° D'autre part, la fréquence des lésions des noyaux infundibulo-tubériens ou de la substance grise entourant l'aqueduc de Sylvius et IIIe ventricule compromet des centres d'où dépend la fonction hypnique (Marinesco).

Ainsi la forme somnolente de la méningite bacillaire apparaît la conséquence de lésions tuberculeuses des plexus choroïdes, de dilatation ventriculaire et de pénétration du processus dans la partie du IIIe ventricule qu'on considère comme le centre du sommeil.

L'individualisation est donc à la fois clinique et anatomique. Plus fréquente peut-être chez l'enfant, elle existe aussi chez l'adulte.

Son diagnostic avec l'encéphalite est d'autant plus délicat parfois que les localisations sont assez voisines sinon identiques.

La lymphocytose céphalo-rachidienne et surtout la présence précoce du bacille dans le liquide sont les deux signes certains de sa nature tuberculeuse.

L'examen anatomique montre combien la localisation se superpose exactement aux signes observés.

(1) *Revue neurologique*, 1939.

Suites physiologiques et obstétricales de radiumthérapie intra-utérine

Par le Docteur François BARON
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Dijon

L'intérêt de cette observation réside en ce qu'elle précise l'action sur l'ovaire et l'utérus d'une dose de radium dont nous connaissons avec précision les modalités d'application.

Mme D. Ve Pare, âgée de 32 ans, a eu quatre accouchements normaux dont le dernier date de 1934. Trois mois après cet accouchement, elle a des métrorragies rebelles au traitement médical et au curettage. Aussi, en décembre 1934, il lui est fait une application de radium (Docteur Jacob) par deux tubes de dix millicuries, un dans chaque cul de sac vaginal pendant trois jours avec la filtration suivante : Or 2 mm. ; Al. 0 mm. 1 ; liège 5 mm. ; millicuries détruites: 10,81.

A la suite de cette application, la femme conserve ses règles : quelques mois plus tard, des métrorragies réapparaissent et, en juin 1935, une nouvelle application de radium est pratiquée pendant quatre jours avec deux tubes vaginaux comme précédemment et, en plus, deux tubes de dix millimètres cubes intra-utérins avec filtration : Or 2 mm. ; Al. 0 mm. 1 ; gomme 2 mm. Millicuries détruites : 27,036.

Cette fois, la malade ne voit plus aucune perte, ni aucune règle, lorsque, six ans après, elle est avertie qu'elle est enceinte parce qu'elle sent remuer son fœtus. Elle nous est adressée aux environs du terme. En effet, le fœtus se présente transversalement et cette présentation de l'épaule est absolument irréductible par la version par manœuvres externes, tentée à plusieurs reprises : l'utérus est moulé sur le fœtus, et toute tentative est vaine.

Une intervention césarienne est décidée, car on craint des difficultés et des risques de rupture utérine lors de la version par manœuvres internes. Une césarienne basse est pratiquée le 13 mars 1942 avant tout début de travail : l'aspect de l'utérus est très particulier : au-dessous du corps distendu transversalement, on trouve le col utérin étroit sans aucune souplesse : il n'y a pas trace de segment inférieur : il s'ensuit quelques difficultés opératoires de décollement péritonéal et d'incision qui remonte largement sur le corps utérin : un fœtus de trois kilos, vivant et normal, est extrait : le liquide amniotique est d'abondance moyenne, le placenta de 440 grammes légèrement adhérent. Ayant terminé les sutures utérines, on examine l'état des ovaires : à gauche, il reste un petit ovoïde aplati de 5 millimètres environ qui ressemble à une lentille allongée ; à droite, il persiste aussi une petite surface analogue de tissu ovarien, et, plus en dedans, on voit le corps jaune de la grossesse développé évidemment sur un autre petit reste d'ovaire. Les suites opératoires ont été normales ;à noter, un fait intéressant : alors que cette femme avait nourri successivement au sein pendant huit mois ses quatre enfants précédents, cette fois, la montée laiteuse est insignifiante. Au quinzième jour, elle ne peut donner que trente grammes de lait par tétée.

Cette femme nous a envoyé de ses nouvelles : elle a eu un retour de couches extrêmement abondant qui a nécessité le repos au lit pendant plusieurs jours : depuis, soit durant huit mois, elle n'a plus jamais perdu de sang et se porte bien.

L'application de radium intra-utérin a, donc, détruit suffisamment d'ovaire pour supprimer la fonction menstruelle ; il a persisté pourtant quelques follicules qui ont mûri leur ovule de telle sorte qu'une grossesse a pu se produire ; à la fin de la grossesse, se manifeste une deuxième conséquence du radium : la sclérose des fibres correspondant au segment inférieur avec ses graves conséquences obstétricales. Il y avait lieu de prévoir les pires difficultés pour faire la version par manœuvres internes ; aussi la césarienne nous a-t-elle paru formellement indiquée. Enfin, dernier retentissement de la suppression fonctionnelle des ovaires : diminution considérable de la sécrétion lactée.

◆

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE TARNIER. — Professeur L. PORTES
COURS D'OBSTÉTRICIE SOCIALE

La tuberculose associée à la Gestation envisagée au point de vue médico-social [1]

Par **M. LACOMME,**
Professeur agrégé à la Faculté,
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Je ne prendrai pas le titre de cette leçon dans son sens strict et j'envisagerai d'une façon plus générale les problèmes médico sociaux que la tuberculose pose aux accoucheurs. Le cas où la maladie atteint la mère nous retiendra naturellement de façon très spéciale. Mais l'atteinte du père ou même de toute autre personne vivant ordinairement au foyer familial ne peut nous laisser indifférents.

* * *

Deux notions médicales constituent en quelque sorte les données du problème social :

1° La gestation, le post-partum et l'allaitement représentent dans la vie de la femme, des époques, pendant lesquelles la tuberculose se manifeste ou s'aggrave avec une fréquence particulière ;

2° L'hérédité ne joue qu'un rôle négligeable dans la transmission de la maladie, tandis que la contagion joue le rôle essentiel, les conséquences de cette contagion étant d'autant plus redoutables que l'enfant est plus jeune et qu'il est en contact plus intime et plus prolongé avec le tuberculeux bacillifère.

La première de ces deux notions nous conduit à envisager la participation des accoucheurs à l'organisation du dépistage et du traitement de la tuberculose chez la mère.

La seconde nous amène à étudier leur participation au système de prophylaxie qui vise à préserver l'enfant contre les conséquences d'éventuelles contaminations post-natales et spécialement des contaminations provenant des parents.

La participation des accoucheurs à l'organisation du dépistage et du traitement de la tuberculose chez la mère

La participation à l'organisation thérapeutique

Je me débarrasse tout de suite de ce point, car il est de peu d'importance. Certes une organisation thérapeutique s'impose. Mais dans cette organisation, la part de l'accoucheur est, à mon avis, nulle ou à peu près. Car je suis de ceux qui pensent que le traitement obstétrical de la tuberculose n'existe pratiquement pas. Ça n'est pas ici le lieu de discuter la question controversée de l'interruption de la grossesse que j'ai traitée plusieurs fois ailleurs (2). Il ne peut en tout cas guère être contesté que les indications en soient rares et incertaines, et l'efficacité douteuse. Je crois que l'avortement pour le cas particulier de la tuberculose n'a pas habituellement de valeur thérapeutique. On ne peut même pas dire que, s'il est inefficace, il n'est pas nuisible. Ça n'est pas exact : il peut parfaitement déclencher une poussée évolutive tout comme le fait l'accouchement. Et je crois qu'il faut repousser avec force l'argument de certains qui estiment presque charitable de supprimer l'enfant d'une tuberculeuse ce futur orphelin dont le sort — à les entendre — ne saurait être que pitoyable. Qui peut prévoir l'avenir de cet enfant ? Sa vie doit intervenir dans le débat et le problème n'est pas strictement le problème du traitement individuel de la mère, mais le problème de la sauvegarde de deux individus. Le médecin a facilement tendance à réduire à rien les droits du second de ces individus, mais la Société a le devoir de les lui rappeler. Or, consentir une perte certaine du côté de l'enfant, pour faire un bénéfice très aléatoire, médiocre ou même nul, du côté de la mère, c'est faire socialement, un marché inacceptable.

Je ne dis pas que telles circonstances jamais ne justifient l'intervention, mais ces circonstances sont rares, et j'estime que les services de Maternité n'ont pas à prévoir pour ces exceptions d'organisation particulière. La part des accoucheurs dans l'organisation thérapeutique est donc très réduite et peut être ainsi résumée :

1° Il faut que la maternité soit ouverte au phtisiologue pendant la durée de l'hospitalisation de la malade, afin qu'elle reste sous sa direction et que puisse être continué le traitement habituel, en particulier la réinsufflation si souvent indispensable (1) d'un pneumothorax artificiel ;

2° Les accoucheurs doivent joindre leurs efforts à ceux des phtisiologues pour obtenir des pouvoirs publics, tant que durera l'encombrement des établissements de cure, que le règlement accorde aux femmes enceintes l'admission par priorité ; le traitement médical et de bonnes conditions d'hygiène générale devant être appliqués chez elles avec plus de rapidité et plus de rigueur que chez toute autre malade.

La participation au dépistage.

Ce que l'on peut en attendre : Deux séries de chiffres qui se complètent l'une l'autre montrent ce que l'on peut attendre d'un dépistage organisé systématiquement. En réunissant les statistiques publiées de 1921 à 1923 par Léon Bernard (2), nous constatons que sur 936 malades hospitalisées à Laënnec :

47 ont vu leur tuberculose débuter pendant une gestation.

77 ont vu leur tuberculose débuter après l'accouchement ou l'allaitement.

29 ont eu un réveil d'une tuberculose ancienne pendant une gestation.

22 ont vu une tuberculose ancienne se réveiller après un accouchement ou un allaitement.

Ce qui signifie que 175 fois sur 936, c'est-à-dire près d'une fois sur cinq, c'est à l'occasion d'un acte de sa fonction maternelle ou peu de temps après que la femme se trouve frappée par la tuberculose.

Et voici une deuxième série de chiffres : les statistiques (3) établies à la maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudelocque montrent que sur 694 femmes enceintes atteintes de tuberculose en activité, 189 soit 27 % ont vu leur maladie débuter dans le cours même et presque toujours au début de la gestation.

Il n'y a donc aucun doute : quand on considère une série de tuberculeuses, que ce soit dans un service de phtisiologie qui recueille indistinctement toutes les malades ou que ce soit dans une maternité spéciale qui n'admet que des malades enceintes, on constate qu'un nombre très important d'entre elles, — 20 à 30 %, — sont entrées dans la tuberculose ou ont réveillé des lésions anciennes au cours d'une période obstétricale de leur existence.

De ces faits, on peut discuter l'interprétation : coïncidences, rapports de cause à effet ? Peu nous importe ici. La chronologie des événements est certaine et cela suffit pour affirmer l'utilité d'organiser systématiquement le dépistage à ces périodes de la vie de la femme.

(1) Leçon recueillie par Mlle GRASSIER.
(2) Voy. M. LACOMME. — Avortement thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire. *In* Pratique médico-chirurgicale. T. X. Article : « Tuberculose ». — Amédée FOUASSIER. L'avortement médicalement provoqué chez la femme atteinte de tuberculose pulmonaire chronique. Thèse Paris, 1936.

(1) Voy. M. LACOMME, S. ELOSU et H. GHINSBERG. — Variation de la pression intra-pleurale au cours de l'accouchement chez les femmes ayant un pneumothorax artificiel. *Bulletin de la Soc. d'obt. et de Gyn. de Paris*, mars 1931, page 345.
(2) Léon BERNARD. — La tuberculose pulmonaire, Paris, 1925, p. 201.
(3) M. LACOMME. — Une Maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudelocque. Thèse Paris, 1926.
H. GHINSBERG. — Etude statistique de l'association tuberculose pulmonaire et gestation. Thèse Paris, 1931.

Notez bien, que des chiffres que je viens de donner, il ne faut nullement inférer que la fonction maternelle représente un danger fréquent pour la femme. Ils indiquent seulement, *parmi les malades*, la proportion de celles qui sont entrées dans la tuberculose après une grossesse ou un allaitement récent. La proportion, *sur l'ensemble* des femmes enceintes et des nourrices, de celles qui deviennent tuberculeuses, est toute autre chose : nous connaîtrons cette proportion un jour par les statistiques des Assurances sociales. Actuellement, je ne saurais citer un chiffre. Il est certainement faible. Dans ma clientèle de ville, je ne connais qu'une seule femme qui soit devenue tuberculeuse après un accouchement. A. Couvelaire (1) sur 1.500 accouchées n'en relève lui aussi qu'un seul cas. Mais les femmes de nos clientèles de ville sont des privilégiées et l'observation qu'elles nous fournissent ne saurait valoir pour l'ensemble d'une population dont les conditions moyennes d'existence sont notablement inférieures.

Concluons : Ce que nous savons aujourd'hui, nous conduit à admettre que pendant la période où les femmes se trouvent placées dans le champ d'action d'une Maternité, c'est-à-dire pendant la gestation, le post-partum et l'allaitement, soit environ pendant un an, un dépistage systématiquement organisé devrait :

1° déceler une *proportion* heureusement faible de malades par rapport au nombre total de femmes examinées, mais,

2° découvrir néanmoins un *nombre absolu* de tuberculeuses en activité suffisant pour que les services de phtysiologie reçoivent une fraction importante de leur clientèle féminine, des mains des accoucheurs.

L'organisation du dépistage

Jusqu'à ces dernières années, elle n'existait pas et elle est actuellement à peine amorcée.

Certes, à l'occasion des examens obstétricaux pendant la grossesse, ou des consultations de nourrissons après l'accouchement, il arrivait bien qu'un examen médical fasse découvrir une tuberculose. Il arrivait bien qu'une assistante sociale ou une sage-femme bien éduquée, s'efforçant à un interrogatoire révélateur, signalât quelques suspectes. Mais il faut avouer que la grande masse des femmes qui accouchaient dans la plupart des maternités hospitalières ne subissait pas d'examen pulmonaires sérieux. Mieux encore et même aujourd'hui : il est des femmes qui, du simple fait qu'elles consultent l'après-midi, arrivent, après avoir été suivies le plus régulièrement du monde dans les maternités les mieux équipées, jusqu'à l'accouchement sans avoir jamais été examinées par un médecin.

Rien par conséquent, même dans les grands services hospitaliers de Paris, ne rappelle l'organisation qui serait nécessaire à un dépistage systématique.

Depuis quelques années cependant, les choses évoluent. C'est d'abord, il y a près de dix ans, le Professeur A. Couvelaire qui me charge de créer dans son service de Baudelocque une consultation de triage pour les tuberculeuses et les suspectes fonctionnant en rapport étroit avec toutes les organisations de la lutte antituberculeuse. Ça n'est pas le dépistage systématique, mais c'est tout au moins la marque d'une attention spéciale donnée à l'examen pulmonaire.

C'est aussi, je crois, la symbiose d'Etienne Bernard et de Ravina qui, à Tenon, essaient de multiplier les contacts entre leurs deux services.

Ce sont enfin surtout les Caisses d'assurances sociales qui, depuis quelques années, ont fait sur l'administration et sur le Corps médical une pression décisive.

Dès 1937, la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise offrait à ses assurées un examen médical complet gratuit et insistait en particulier pour que l'examen pulmonaire et la radioscopie fussent pratiqués avec une attention spéciale. Un médecin et un accoucheur des hôpitaux, en l'espèce le Docteur Laporte et moi-même, en furent chargés. Cette consultation qui avait trouvé asile à l'Ecole de Puériculture fonctionna jusqu'à la guerre. Dans le même temps, la Fédération mutualiste de la Seine créait un grand nombre de centres d'examen basés sur le même principe, mais ne se contentait pas d'offrir un examen facultatif. Elle exigeait de toutes ses adhérentes, deux consultations dans le cours de la grossesse. Depuis 1941, la Caisse interdépartementale a adopté elle aussi le principe de l'obligation et toutes les assurées sociales de la région parisienne doivent désormais subir deux ou trois examens médicaux : un constant au 5e ou 6e mois, un autre fréquemment près du terme, et le troisième environ six semaines après l'accouchement.

Des centres nombreux et la plupart des maternités hospitalières ont été équipés à Paris et en banlieue pour procéder à ces examens. Ainsi peu à peu le souci de médecine préventive qui paraît guider la politique des Assurances sociales nous amène à l'examen médical complet de nos malades. Il va sans dire que le dépistage de la tuberculose tient, dans cet examen, une place de tout premier plan. Une étape importante vient donc d'être franchie dans la région parisienne. Ça n'est pas encore le dépistage absolument systématique puisque les assurées sociales seules en bénéficient et puisque la surveillance s'arrête six semaines après l'accouchement. Mais l'impulsion est donnée, le personnel est en place et l'équipement nécessaire est acquis. Dès que les premières difficultés inhérentes à un début de fonctionnement seront aplanies, il n'est pas douteux que l'examen deviendra systématique pour toutes les femmes.

J'ajoute, car je crois cela capital, que la surveillance devra et pourra s'exercer bien après les six semaines fixées par les Assurances sociales. Par les consultations de nourrissons, notre action peut se prolonger pendant plusieurs mois. Il n'y a aucune raison pour que ces consultations s'intéressent seulement aux enfants. Elles doivent devenir des organismes de direction d'allaitement comportant une surveillance aussi systématique de la mère que du nourrisson. Il y a là un moyen simple, encore absolument inexploité d'étendre nos possibilités de dépistage et de les étendre à une période où la tuberculose paraît survenir ou se réveiller avec une fréquence et une intensité particulières.

Il n'est que de vouloir pour que dans un service honorablement équipé aucune tuberculose ne puisse échapper pendant tout le temps où la femme reste dans le champ d'action de la maternité, c'est-à-dire pendant près d'un an.

L'organisation à prévoir pour arriver à ce résultat est simple. Elle exige un médecin et un appareil de radioscopie. Pendant sa gestation et pendant son allaitement, chaque femme doit tous les trois mois être interrogée, être pesée, subir un examen clinique et passer à l'écran.

Il est probablement peu de Maternités où un local ne puisse être trouvé entre la consultation de femmes enceintes et la consultation de nourrissons pour loger ce nouveau service de dépistage. Mais les architectes seront peut être amenés à centrer dans l'avenir l'aménagement intérieur des pavillons de consultations sur le service d'examen médical général commun et à brancher sur lui les locaux affectés aux femmes enceintes d'une part et les locaux affectés aux nourrissons d'autre part.

Concluons :

1° Les consultations de femmes enceintes doivent, non pas seulement en principe comme chacun l'admet, mais bien en fait, comme personne ou à peu près ne le réalise —, cesser d'être des consultations presque purement obstétricales, de même que les consultations de nourrissons doivent cesser d'être exclusivement des consultations de puériculture. Ces deux catégories de consultations où s'est déjà répandu avec raison l'usage de rechercher systématiquement la syphilis, doivent devenir, de façon beaucoup plus générale, avec non moins de logique, de grands centres de médecine préventive et, en particulier de dépistage de la tuberculose. Ces centres s'ajouteront à ceux dont l'intérêt vient d'être souligné par R. Huguenin et G. Albot (1).

(1) A. COUVELAIRE. — Tuberculose et fonction de reproduction chez la femme *La Tribune médicale*, mai 1927, n° 5.

(1) R. HUGUENIN et GUY ALBOT. — La lutte antituberculeuse chez les jeunes gens. *Revue médicale française*, février 1942, 23° année, n° 2, p. 43. Voyez aussi : J. MASSE. La part des Assurances sociales dans la lutte anti-tuberculeuse, même publication, p. 61.

Les grandes consultations doivent être pourvues du personnel et du matériel radiologique nécessaires. Les petites consultations auxquelles une installation radioscopique ne peut être attribuée décèleront facilement par les seules ressources de l'interrogatoire et des pesées un certain nombre de suspectes qu'elles adresseront à la maternité ou au dispensaire voisins pour complément d'examen.

Les liaisons entre les consultations obstétricales, les dispensaires et les services de phtisiologie doivent se multiplier par les soins des assistantes sociales.

Ainsi, de façon assez simple, la tuberculose pourra être découverte et traitée, dès le début de son évolution, si bien que :

— Les chances de guérison de la mère seront considérablement augmentées ;

— Les risques de contamination de ses enfants et de son entourage seront considérablement réduits.

Double résultat dont l'intérêt est aussi grand au point de vue individuel et familial, qu'au point de vue hygiénique et social.

***

Le rôle des accoucheurs dans l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose chez le nouveau-né

La préservation du nouveau-né contre d'éventuelles contaminations post-natales est nécessaire et elle est possible.

C'est un fait que le nouveau-né élevé en milieu tuberculeux sans précaution d'aucune sorte devient tuberculeux avec une fréquence considérable. L'enquête déjà ancienne de Leroux et Grunberg (1) montre jusqu'à 41 % d'enfants contaminés lorsque les deux ascendants sont atteints. Armand Delille (2) en 1912 trouve 30 % d'enfants tuberculeux dans les familles infectées avec une mortalité de 21 %. Il est vrai que, l'hygiène générale au foyer familial s'étant améliorée, des enquêtes plus récentes font apparaître des chiffres moins élevés : 10 % au dispensaire de Maisons-Alfort (A. Martin) (3) et 10 % aussi à Versailles et à Sevres (Gilly) (3), mais avec une proportion de cuti-réactions positives de 65 et 75 %. Et il n'en reste pas moins que certains contacts intimes tuberculisent l'enfant presque à coup sûr. Léon Bernard et Debré (4) sur 58 nourrissons de femmes bacillifères hospitalisées à la crèche de Laënnec trouvent 40 tuberculeux. Et ces auteurs précisent : au-delà de six mois de contact avec sa mère, il n'est pas un seul enfant qui ait échappé à la contamination. La contre-épreuve d'ailleurs est concordante : sur 72 enfants de moins de 2 ans, Ribadeau-Dumas trouve 49 contaminations par les parents. Sur 271 cas de tuberculose du nourrisson, Mlle Odier (5) trouve : 151 contaminations par la mère, 107 par le père, 13 par d'autres personnes. Et pareillement Mme Franck-Abraham (5) sur 376 nourrissons à cuti-positive, accuse 248 contaminations maternelles, 79 paternelles et 13 par l'un et l'autre.

Il ne subsiste donc aucun doute : l'enfant qui vit au contact d'un tuberculeux bacillifère court de très grands risques de contamination et l'on peut ajouter que la contamination est d'autant plus dangereuse qu'elle est plus prolongée et plus intime, et que l'enfant est plus jeune. La mère est ainsi l'agent contaminateur le plus dangereux et le nouveau-né, l'enfant le plus sensible à la contagion. La préservation est donc *nécessaire*. Et elle est *possible* par la séparation et par la vaccination.

La séparation a fait ses preuves. Réalisée pour la première fois sur le plan social par Grancher en 1903, elle n'a d'abord été appliqué qu'aux grands enfants. En 1920, Léon Bernard (1) et Debré, malgré les difficultés d'une telle entreprise, fondèrent avec Mmes Seligmann et Süssmann, le « Placement familial des Tout-petits » qui étendaient le bénéfice de la prophylaxie au nourrisson. Et très rapidement le Professeur A. Couvelaire annexant à son service une véritable maternité pour tuberculeuses réalisait la séparation du nouveau-né pour les cas de tuberculose maternelle. Ainsi était franchie la dernière étape des directives formulées par Grancher. J'ai personnellement suivi les nouveau-nés séparés. Sur 500 enfants (2), je n'ai vu que deux cas de tuberculose congénitale vraie. Malgré certaines constatations bactériologiques (3), dont l'exactitude d'ailleurs a été contestée depuis, aucun des enfants séparés n'est devenu tuberculeux pendant ses deux ou trois mois de séjour à la Maternité. Au Placement familial, même constatation. « Une expérience vieille maintenant de quinze années, disent Debré et Lelong (4) portant sur un total de plus de 2.000 nouveau-nés séparés a confirmé la valeur de cette organisation. L'enfant séparé dès la naissance ou avant contamination ne devient jamais tuberculeux tant qu'il est mis à l'abri de la contagion » De son côté, l'œuvre Grancher (5) apporte une confirmation éclatante : chez 4.000 enfants recueillis depuis 1903, la morbidité tuberculeuse a été de 0,3 % et la mortalité de 0,1 %. Et les enfants paraissent bien définitivement sauvés car R. Debré (6) précise en 1939 : sur 3.405 enfants qui ont passé par le « Placement » et qui ont été rendus à la vie sociale, il s'est produit 52 décès en tout dont 12 par tuberculose.

La question paraît donc jugée : la prophylaxie par la séparation est possible.

La vaccination qui a suscité tant de critiques paraît d'année en année accumuler toujours plus de preuves de son innocuité et de son efficacité. Je n'ai vu personnellement, après en avoir usé largement, aucun accident imputable au B. C. G. Quant au degré et à la durée de l'immunité qu'il confère à l'enfant, il n'est pas possible d'en discuter ici. Permettez-moi seulement de vous rappeler quelques chiffres pris un peu au hasard. Laissons de côté l'expérience très intéressante de Heimbeck, d'Oslo, qui porte sur des adultes. Mais voici des résultats observés chez des enfants du milieu maritime de Brest (7). Dans 823 familles, certains enfants sont vaccinés, tandis que leurs collatéraux ne le sont pas : la mortalité générale, chez les premiers, est de 7,3 % et, chez les seconds, de 17,17 %, entre un mois et 8 ans. Quand on considère des familles non plus quelconques, mais tuberculeuses, on trouve : 262 familles — mortalité des vaccinés 11,2 % et des non vaccinés 23 %. A Bucarest (8), la mortalité par tuberculose chez les enfants de 0 à 1 an s'est abaissée des deux tiers, et de 1 à 3 ans, elle s'est abaissée des trois quarts. Au Canada (9), chez 248 enfants vaccinés vivant en milieu tuberculeux bacillifère contrôlé, la mortalité est de 2,4 %. Dans les mêmes conditions de vie, on relève, pour 451 enfants non vaccinés, une mortalité de 11,1 %.

Certes, je sais qu'à ces chiffres, on pourrait en opposer

(1) Ch. Leroux et W. Grunberg. — Enquête sur la descendance de 442 familles ouvrières tuberculeuses. *Revue de Médecine*, 10 novembre 1912, 32e année, n° 11, p. 900.

(2) P. Armand-Delille et Ch. Lestoquoy. — Prophylaxie de la tuberculose infantile. *La Médecine*, mai 1938, 19e année, n° 7, p. 348.

(3) *In* : Armand-Delille et Lestocquoy. — *Loc. cit.*

(4) L. Bernard et Debré. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 5 octobre 1920, pp. 84-86.

(5) *In* L. Bernard. — La tuberculose pulmonaire, 1925, p. 20.

(1) A. Couvelaire et M. Lacomme. — L'état actuel de nos connaissances sur « l'hérédité » de la tuberculose. *La Médecine*, février 1931. 12e année. Supplément n° 3, 87 pages.

(2) A. Couvelaire et M. Lacomme. — *Loc. cit.*

(3) A. Calmette, J. Valtis et M. Lacomme. — Infection transplacentaire par l'ultra-virus tuberculeux et hérédité tuberculeuse. *Annales de l'Institut Pasteur*, octobre 1928, XLII, p. 1149.

(4) R. Debré et M. Lelong. — Sur la prophylaxie de la tuberculose. *Le Monde médical*, 1er-15 juin 1935, p. 758.

(5) P. Armand-Delille et Ch. Lestocquoy. — L'œuvre Grancher. Préservation de l'enfance contre la tuberculose. *La Médecine*, mai 1931, 12e année, n° 7, p. 379.

(6) R. Debré. — Rapport moral à l'Assemblée générale de placement familial des Tout-petits, 8 mars 1939.

(7) J. Quérangal des Essarts et Mme G. de Carbonnières de Saint-Brice. — Une œuvre de prophylaxie sociale de la tuberculose par la vaccination B. C G. Dans le milieu maritime du port de Brest. *Revue de la Tuberculose*, 5e série, T. 1, n° 6, juin 1935, p. 642.

(8) A.-B. Marfan. — L'expérience roumaine sur le B. C. G. *Bul. de l'Acad. de médecine*, 7 février 1939, 121, n° 5, p. 176.

(9) M. Baudouin. — Huit années de prophylaxie de la tuberculose dans la province de Québec par la vaccination par le B. C. G. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 18 février 1936, t. 115, n° 7, p. 299.

d'autres moins favorables et surtout qu'on pourrait citer tel ou tel fait particulier quiserait discordant. C'est peut-être une raison pour ne pas généraliser et rendre obligatoire, dès maintenant la vaccination. Ça n'en est certainement pas une pour refuser de l'appliquer en milieu tuberculeux. A condition que l'enfant vacciné soit soustrait à toute contamination pendant les quelques semaines nécessaires à l'établissement de l'immunité et à condition qu'ensuite l'enfant ne soit pas exposé à des contaminations massives et répétées, la vaccination représente dans la prophylaxie de la tuberculose du nouveau-né une arme excellente. Dans une certaine mesure, elle peut même être opposée à la séparation. Mais elle est surtout capable d'en abréger la durée et d'en restreindre les indications.

Concluons : La prophylaxie de la tuberculose chez le nouveau-né est possible par la combinaison suivant les circonstances de la séparation et de la vaccination. Ces méthodes prophylactiques doivent être appliquées aussi bien aux fils de tuberculeux qu'aux enfants nés de parents sains qui seraient appelés à vivre au contact d'un malade.

Les directives sont donc simples. Il nous faut maintenant en étudier l'application sociale.

L'organisation sociale de la séparation

Etre élevé en dehors de la famille comporte pour un enfant d'autant plus de risques qu'il est plus jeune. Et, pour un nouveau-né ou un nourrisson, ces risques sont à leur maximum lorsque l'éloignement de la famille a pour effet de le priver du lait et des soins maternels.

Il est donc essentiel :

1° Que la séparation mère-enfant soit limitée aux cas et à la durée où elle est strictement indispensable ;

2° Qu'elle soit organisée pour réduire les risques dans toute la mesure du possible.

Limiter les indications et la durée de la séparation. L'idéal serait de la réserver aux seuls cas où la tuberculose frappe la mère et pendant le seul temps où celle-ci est, soit contagieuse, soit hors d'état de s'occuper de son enfant.

Toutes les fois que la tuberculose frappe le père, un collatéral ou quelque autre personne, la mère et l'enfant devraient pouvoir demeurer au foyer familial. En bonne logique, c'est alors au tuberculeux d'en sortir. Malheureusement, du principe à la réalisation, il y a loin. Trop souvent le malade refuse de céder la place ou ne peut pas quitter le foyer faute de pouvoir être accueilli ailleurs. Alors on se trouve conduit soit à hospitaliser mère et enfant dans une maison maternelle, ce qui est une solution anormale, mais acceptable, soit à admettre le placement de l'enfant hors de la famille, c'est-à-dire à consentir à le priver de l'allaitement naturel et des soins de sa mère, alors que celle-ci est pourtant saine, ce qui est une solution illogique et déplorable. C'est là un de ces nombreux cas où la mère est amenée à abandonner l'élevage personnel de son enfant pour des raisons d'ordre social. Le législateur qui cherche à réduire toujours davantage le nombre de ces cas, pourrait peut être intervenir ici en décidant que toute personne atteinte de maladie contagieuse et constituant par sa présence au foyer familial un danger de nature à empêcher l'allaitement d'un enfant par sa mère, pourra être éloignée et au besoin placée d'office dans un établissement adapté à son état.

La séparation mère-enfant n'aurait plus ainsi sa raison d'être que dans les seuls cas de tuberculose maternelle où elle est véritablement indispensable. J'ajoute que l'enfant doit faire retour au foyer dès que l'amélioration de la santé maternelle et « l'immunité de surinfection » (Debré et Bonnet) dont il jouit grâce au vacin lui permettra d'y séjourner sans danger.

Organiser la séparation mère-enfant.

Lorsque la séparation peut être réalisée par la famille, il n'y a pas de difficulté. Mais c'est là une exception et presque toujours la séparation implique qu'une organisation devra se charger du petit séparé. Lourde responsabilité. Je vous ai dit que Grancher, en 1903, n'avait voulu l'assumer que pour le grand enfant et, comment Léon Bernard et A. Couvelaire l'avaient finalement acceptée en 1920 et en 1921 pour le nourrisson, puis pour le nouveau-né. Trois étapes qui correspondent à trois ordres de difficultés demandant des organisations différentes.

De la séparation du grand enfant, je ne parlerai pas ici : elle est réalisée par le placement rural : les difficultés sont celles de l'élevage des enfants d'âge scolaire ; elle sort du cadre de cet exposé.

De la séparation du nourrisson, je ne dirai qu'un mot : les difficultés tiennent à la sensibilité des jeunes enfants aux infections et à l'allaitement artificiel. Les premières ont été résolues par la formule du placement familial qui réalise un élevage individuel, et les secondes par la surveillance très stricte d'une infirmière spécialisée qui, installée dans le village où sont placés les enfants, prépare elle-même les biberons et visite chaque jour les parents nourriciers et leurs pensionnaires (1).

Quant aux difficultés de la séparation du nouveau-né qui nous intéressent tout spécialement, elles sont très importantes : Ce sont d'abord les difficultés de poser correctement les indications. Ce sont ensuite les difficultés résultant de l'élevage en commun et du sevrage très précoce.

Poser les indications correctement suppose que, dès la grossesse, une liaison a été établie avec le médecin traitant de la malade, qu'une enquête sociale sur la famille a été faite, qu'après la naissance, le degré de vitalité de l'enfant a été apprécié et que, d'accord avec la mère on a pesé le pour et le contre des différentes solutions possibles.

Réduire les risques de l'élevage en commun et du sevrage précoce suppose une crèche bien installée, largement pourvue de locaux d'isolement, et dotées d'infirmières expérimentées et de nourrices au sein. J'ai exposé autrefois dans ma thèse, l'organisation et le fonctionnement d'une telle crèche. Sachez seulement que sa surveillance exige une attention continue. Pensez qu'au début de sa création, A. Couvelaire (2) a vu mourir plus du tiers des enfants au cours du premier mois. Fragilité particulière ? Cela n'est pas impossible, quelquefois. Nous avons, avec A. Couvelaire, longuement étudié cette question dans une monographie déjà citée de «La Médecine». Mais s'il existe des difficultés particulières d'élevage des enfants tuberculeux dans les premières semaines de la vie, — ce que je crois, mais ce que d'autres contestent — ces difficultés sont bien loin d'expliquer l'hécatombe accusée par A. Couvelaire. Car elles peuvent être habituellement surmontées pourvu que l'on place ces enfants dans des conditions hygiéniques convenables. Une meilleure organisation de la crèche de la Clinique Baudelocque a permis ainsi de réduire la mortalité à moins de 10 %.

La séparation du nouveau-né n'est en tout cas pas simple. Ajoutez à cela la difficulté d'hospitaliser sans danger des tuberculeux bacillifères dans un service d'accouchement, les difficultés aussi de faire respecter par les malades et le personnel la consigne absolue de ne laisser s'établir aucun contact entre l'enfant et sa mère dès la minute de la naissance, la complexité des liaisons à établir entre la maternité, les établissements de phtisiologie, les placements d'enfants et les familles, et vous comprendrez que la création de services spéciaux pour tuberculeuses nous apparaisse comme très souhaitable.

Deux formules sont possibles : La formule de A. Couvelaire qui a organisé à l'intérieur de son service une véritable petite maternité pour tuberculeuses (3), et la formule argentine qui a annexé un petit service d'accouchement à un sanatorium situé à 50 kilomètres de Buenos-Aires.

Je crois la formule adoptée par A. Couvelaire plus facile à réaliser et à faire fonctionner. Il me paraîtrait désirable que tous les grand centres urbains fussent pourvus d'une organisation analogue fonctionnant en étroite collaboration d'un côté avec tous les dispensaires, sanatoria et autres services de phtisiologie, et de l'autre côté avec toutes les œuvres capables de recevoir les petits séparés dès que le sevrage réalisé à la crèche de la Maternité permet leur placement.

(1) Voy. La description d'un de ces Centres de placement dans la thèse de LELONG. L'enfant issu de parents tuberculeux, Paris, 1925.

(2) A. COUVELAIRE. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris* 12 novembre 1923, p. 469.

(3) Voy. A. COUVELAIRE. — Une Maternité pour tuberculeuses. *Gyn. et Obst.*, 1926, t. XIII, p. 428 ; M. LACOMME. *Loc. cit.*, thèse Paris, 1926.

La pratique de la vaccination

Si la séparation doit être rare et confiée dans les grandes villes à des maternités spéciales, la vaccination peut être utilisée bien plus largement et doit pouvoir être faite partout. Même si l'on abandonne, ce qui paraît probable, la vaccination par ingestion pour adopter la vaccination par scarifications(1), cela ne souffre pas de difficultés : chaque accoucheur pourra conseiller plus ou moins le vaccin suivant ses tendances, mais la pratique de la vaccination ne nécessite pas d'organisation particulière.

Un point très important doit toutefois retenir notre attention : c'est le contrôle de la vaccination et la surveillance du milieu où vit le vacciné. Tout le problème social est là. Je crois que nous pouvons contribuer à le résoudre par le moyen de nos consultations de nourrissons.

Le contrôle de la vaccination est, à défaut d'un test réel d'immunité tuberculeuse, réalisable de façon suffisante par la cuti-réaction. « Un tel contrôle est inutile, après la vaccination contre d'autres maladies, mais il est nécessaire dans le cas qui nous occupe, car tous les sujets ne sont pas également aptes à se prémunir contre la tuberculose. Aussi ne doit-on pas s'étonner que la constatation de l'allergie vaccinale fasse, à nos yeux, partie de la technique même de la vaccination » (Nègre et Bretey). Nos consultations de nourrissons qui ne sont jamais utilisées à ce point de vue devraient l'être largement. Ainsi pourraient être recommencées certaines vaccinations qui, au bout de deux mois, n'auraient pas fait virer la cuti-réaction, et ainsi pourraient être revaccinés en temps utile les enfants dont l'allergie aurait disparu ; le contrôle devant être naturellement d'autant plus étroit que les renseignements fournis par l'assistante sociale de la consultation représentent le milieu où vit le vacciné comme plus capable de le contaminer.

* * *

Je me suis efforcé d'être bref et je sais que j'ai été très incomplet. Mais je crois vous avoir démontré que les maternités doivent devenir des centres importants de la lutte anti-tuberculeuse. Il ne s'agit pas bien entendu de nous substituer aux phtisiologues, mais bien de leur apporter notre collaboration dans la mesure des moyens mis à notre disposition.

Dans toutes les maternités peuvent et doivent être organisés le dépistage systématique de la maladie chez la mère avant et après l'accouchement, la pratique judicieuse de la vaccination du nouveau-né et le contrôle ultérieur de cette vaccination chez le nourrisson.

A des maternités spécialement équipées au point de vue technique et particulièrement liées par des assistantes sociales qualifiées aux organisations de phtisiologie et aux œuvres de l'enfance, devraient être spécialement réservés, dans les grands centres, l'hospitalisation des mères bacillifères et le soin d'effectuer la difficile séparation de la mère et de l'enfant.

Les rôles étant ainsi définis, vous ne pouvez douter que l'activité de dépistage et de prophylaxie que nous vous proposons et que nous avons aujourd'hui plus de raison d'adopter que jamais, entraînera dans l'avenir des résultats d'ordre social et même d'ordre médical, incomparablement plus féconds que toutes les décevantes recherches d'illusoires indications d'avortement dit thérapeutique auxquelles nous ne nous sommes peut être que trop attardés dans le passé.

(1) L. Negre et J. Brety ont publié récemment une très importante étude pratique de cette question nouvelle dans leur petit livre : Vaccination par le B. C. G. par scarifications cutanées, Paris, 1942.

L'entraînement.. *Bases physiologiques, techniques, résultats,* par M. Boigey. Un volume de 330 pages, 90 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre représente réellement la somme de toutes les connaissances nécessaires pour pratiquer l'entraînement, pour l'enseigner ou le diriger.

Ce que tout médecin doit savoir de la scoliose (1)

Par le Docteur **Pierre BERTRAND**

Assistant d'Orthopédie à l'Hôpital des Enfants-Malades

Les médecins observent très souvent des déviations vertébrales. Leur attention peut être directement attirée sur la colonne vertébrale. L'enfant, exceptionnellement, accuse des douleurs vertébrales ou intercostales, plus fréquemment une simple sensation de fatigue le soir.

D'autres fois ce sont les parents qui trouvent que l'enfant se tient mal, a une épaule plus haute, une hanche plus forte.

Mais dans un très grand nombre de cas c'est au cours d'un examen systématique, à l'occasion d'une maladie infantile quelconque ou au cours d'une visite scolaire, que le médecin constate une colonne vertébrale déviée.

Il doit être à même de faire un examen méthodique, de porter un pronostic, de poser des indications thérapeutiques. Un point domine tous les autres : s'agit-il d'une scoliose vraie ? Parmi les déviations de la colonne vertébrale, très fréquentes, la scoliose vraie est relativement rare. Deux éléments permettent de la reconnaître :

1° C'est une déviation vertébrale permanente et non une simple attitude qu'on peut inverser facilement.

2° La déviation vertébrale s'accompagne d'une torsion de la colonne, qui se traduit cliniquement par une gibbosité.

Grâce à ces deux caractères, il sera facile au médecin d'isoler la scoliose vraie. Ce n'est pas seulement une question de définition, car la scoliose vraie comporte un pronostic plus réservé que les déviations vertébrales simples et nécessite un traitement souvent long et difficile.

Symptômes. — Examinons ensemble une *scoliose dite essentielle,* forme de beaucoup la plus fréquente. Il s'agit presque toujours d'une jeune fille, à l'âge de la puberté.

Tout de suite la *déviation latérale* saute aux yeux. Pour l'extérioriser, tracez au crayon dermographique la ligne des apophyses épineuses. Sachez cependant que cette ligne ne représente pas très fidèlement la courbure des corps vertébraux, les épineuses subissant souvent un déplacement propre.

La ligne des épineuses dessine une ou plusieurs courbures qu'on désigne par le côté de la convexité et par le siège : une courbure est dite droite si elle est convexe à droite, gauche si elle est convexe à gauche.

Il peut s'agit d'une courbure unique soit totale, c'est-à-dire qui intéresse toute la colonne, soit partielle, limitée à la région dorsale ou lombaire.

D'autres fois la ligne des épineuses dessine plusieurs courbures. La scoliose à deux courbures est le type habituel, faite dans la majorité des cas d'une courbure dorsale droite et d'une courbure lombaire gauche.

La scoliose peut avoir trois courbures. En général la multiplicité des courbures est un signe d'évolution avancée et un signe de guérison, témoignant de l'effort de l'organisme pour compenser le déséquilibre.

Vous pouvez mesurer les courbures. Il y a plusieurs façons de le faire, l'essentiel est de faire les examens de la même manière pour pouvoir les comparer. Nous avons l'habitude de mesurer la véritable flèche de chaque courbure, c'est-à-dire la perpendiculaire abaissée du milieu de l'arc sur la corde de l'arc.

La déviation latérale se traduit encore à la simple inspection par l'inégalité des triangles thoraco-brachiaux, par la saillie exagérée d'une hanche dans les courbures lombaires, par l'élévation d'une épaule dans les courbures dorsales.

Vous avez analysé la déviation latérale du rachis. S'agit-il d'une véritable scoliose ? L'importance de la déformation ne signifie rien. Recherchez le signe essentiel, *la gibbosité.* Si elle est importante, elle saute aux yeux. Mais si elle est légère, surtout dans la région lombaire, il faut pour l'extérioriser faire pencher l'enfant en avant. La gibbosité siège en regard de la convexité de la courbure. Il y a autant de gibbosités que

(1) Leçon faite à la Clinique médicale infantile, en juin 1942.

de courbures. La gibbosité est surtout importante dans la région dorsale où elle soulève l'omoplate et la déjette en dehors.

Du côté de la concavité de la courbure au contraire, il y a un aplatissement. Enfin à la partie antérieure du thorax on constate souvent une saillie, gibbosité antérieure, du côté opposé à la gibbosité dorsale.

La déviation latérale du rachis s'accompagne d'une gibbosité, il s'agit donc d'une scoliose vraie. *Recherchez si cette scoliose est équilibrée ou non dans le sens transversal.* Prenez un fil à plomb que vous faites passer par la fossette de la nuque. Chez un sujet normal ou chez un scoliotique équilibré il aboutit au polygone de sustentation en passant par le pli interfessier. Dans une scoliose déséquilibrée le fil à plomb, qui part de la fossette de la nuque, tombe à droite ou à gauche du pli interfessier ; et en mesurant la distance qui l'en sépare, on mesure le déséquilibre. Cette constatation est très importante, le déséquilibre transversal étant un des principaux facteurs d'aggravation de la scoliose.

A ces manifestations essentielles de la scoliose peuvent s'ajouter d'autres déviations, qu'il faut rechercher.

Tout d'abord la scoliose, déviation latérale, succède et s'associe souvent à une *déviation antéro-postérieure.* Regardez l'enfant de profil et très souvent vous trouverez une cyphose dorsale et une lordose lombaire exagérées. De même que le tronc pouvait être déséquilibré dans le sens transversal, il peut l'être dans le sens antéro-postérieur. Chez un sujet normal, le fil à plomb passant par le tragus passe par le moignon de l'épaule, par une ligne équidistante des faces postérieure et antérieure du thorax, par le grand trochanter et vient tomber à l'union du tiers moyen et du tiers postérieur du pied. Très souvent le scoliotique « tombe en arrière » et on peut mesurer cette chute par la distance qui sépare le fil à plomb de la ligne d'aplomb idéale.

Ce n'est pas tout ; on constate souvent une *rotation du plan des épaules par rapport au plan du bassin.* On l'apprécie en regardant le sujet d'en haut.

Enfin il peut exister une *bascule latérale du bassin* qu'on peut mesurer par la distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sol. Faites ensuite la contre-épreuve : rétablissez l'équilibre du bassin en compensant la chute latérale par une cale en bois placée sous le pied du côté de la chute.

Les déformations dans les différents plans ayant été recherchées, il faut apprécier dans quelle mesure elles sont réductibles, quel est le *degré de souplesse de la scoliose.* Certaines déviations se corrigent déjà dans la station debout par une simple pression de la main, en faisant contracter les muscles abdominaux. D'autres se corrigent mieux dans la position assise, surtout lorsqu'il existe un déséquilibre du bassin. Lorsque le déséquilibre antéro-postérieur prédomine, c'est souvent la position couchée qui, en rétablissant l'équilibre, amène la meilleure correction. Toutes ces données auront leur importance thérapeutique.

Appréciez encore les *musculatures* dorsale et abdominale en faisant exécuter quelques mouvements simples. Appréciez et mesurez l'ampliation thoracique.

Ceci fait, vous n'avez fait que la moitié de l'examen. La scoliose n'est pas une maladie purement locale et *l'examen général* complet est d'importance primordiale.

L'habitus général vous donnera déjà de précieux renseignements. Méfiez-vous des enfants maigres, hypotoniques, aux muscles déficients, ils sont particulièrement rebelles au traitement.

Vous trouverez très souvent des *déformations associées*, telles que genu valgum, pied plat.

Les appareils circulatoires et respiratoires retiendront votre attention. Il est fréquent de constater une accélération de la respiration, une accélération ou des irrégularités du pouls. Mais il faut plus encore rechercher la fatigabilité que la fatigue cardio-pulmonaire. Les scoliotiques sont des enfants qui réagissent mal à l'effort, qui s'essoufflent vite, chez lesquels le retour au calme est laborieux.

Votre examen portera ensuite sur les *glandes endocrines.* Ce n'est pas par hasard que la scoliose dans l'immense majorité des cas débute chez les filles à l'âge de la puberté. Parfois vous trouverez un syndrome endocrinien caractérisé, plus souvent il vous faudra rechercher des signes plus discrets : retard ou précocité de la menstruation, anomalie de taille, légère obésité, acrocyanose, hyperpilosité, etc. Ces signes vous orienteront vers telle ou telle déficience qu'il faudra traiter.

Votre examen est terminé. La famille vous interroge sur l'avenir des déformations, sur la durée du traitement. QUEL PRONOSTIC allez-vous porter ?

Ne dites pas aux parents : « *cela s'arrangera avec l'âge* ». Une scoliose vraie reste quelquefois stationnaire, s'aggrave le plus souvent, ne s' « arrange » jamais spontanément.

Ne promettez pas une guérison rapide. Le traitement est toujours long car il comporte une rééducation musculaire qui demande du temps et surtout il met en jeu la croissance osseuse, qui est un facteur essentiel de correction.

Ne promettez pas non plus une guérison complète. Certes chez les sujets jeunes on peut obtenir un redressement presque intégral. Mais chez les adolescentes habituelles, il persiste presque toujours une trace de la gibbosité et la courbure vertébrale ne se redresse pas complètement, elle diminue par la création de courbures de compensation adjacentes. On peut donc attendre du traitement, dans les cas favorables, qu'il atténue les déformations et que d'autre part il en prévienne la récidive ou l'aggravation.

Le pronostic dépend évidemment de l'importance des déformations. Mais il dépend aussi de l'âge. Plus l'enfant est jeune, plus le redressement est facile, plus on a de chance de faire jouer la croissance osseuse pour le fixer.

Les scolioses souples pourront être très améliorées, les scolioses raides, qui sont souvent, mais pas toujours des scolioses anciennes chez les sujets âgés, seront difficiles à redresser. Par contre les scolioses fixées ont peu de chance de s'aggraver.

L'examen général fournit des éléments de pronostic important. Chez les sujets maigres, sans muscles, la scoliose a souvent une tendance désespérante à la récidive et l'aggravation. Il est au contraire exceptionnel, lorsque l'état général est parfait, que la scoliose s'aggrave beaucoup.

LE DIAGNOSTIC est presque toujours évident. On ne confondra pas avec une scoliose l'asymétrie provoquée par un torticolis, une surélévation congénitale de l'omoplate, lésions qui peuvent d'ailleurs se compliquer de scoliose.

La gibbosité pottique classiquement angulaire, médiane, douloureuse, même lorsqu'elle n'est pas aussi typique est facile à distinguer de la gibbosité scoliotique, mais le mal de Pott peut également provoquer une scoliose.

En fait, le seul diagnostic est *l'attitude scoliotique* qui est très souvent confondue avec la scoliose vraie. Cependant c'est une simple déviation latérale, sans rotation, et par conséquent sans gibbosité et elle est facilement réductible. Elle comporte un pronostic très favorable, mais si elle n'est pas traitée, elle peut aboutir à la véritable scoliose.

On ne risque guère de confondre la scoliose, on risque plutôt dans les cas légers de la méconnaître. C'est ainsi que la scoliose est assez souvent une découverte de radio. *La radiographie* donne en effet des signes plus précoces et plus précis que la clinique. Elle montre la courbure vertébrale, mais surtout la rotation des vertèbres. Les épineuses sont déplacées du côté de la concavité de la courbure, « le nez n'est plus au milieu de la figure ». Il en est de même des pédicules. L'apophyse transverse, très visible du côté concave, l'est à peine du côté convexe, où elle se projette perpendiculairement aux rayons. De plus la radiographie montre dans les cas un peu anciens des déformations vertébrales, vertèbres cunéiformes au sommet de la courbure, et elle peut mettre en évidence des malformations congénitales latentes.

A côté de la scoliose dite essentielle, de beaucoup la plus fréquente, existe de *nombreuses formes de scolioses.*

La scoliose congénitale, malgré son nom, peut ne se manifester que plusieurs années après la naissance. Elle est en général caractérisée par des courbures courtes, à flèche assez importante, mais équilibrées, avec des gibbosités peu marquées. La radio montre souvent des malformations vertébrales dont la plus fréquente est la présence d'hémivertèbres.

La scoliose rachitique survient à l'âge du rachitisme et s'accompagne d'autres manifestations. C'est souvent une

forme grave avec courbures très étendues et cyphose concomitante. Il faut tenir compte des lésions osseuses et ne pas faire lever l'enfant même avec un appareil, tant que le rachitisme est évolutif.

Parmi les *scolioses symptomatiques, la scoliose paralytique* tient une place de choix. Le rôle de dépistage du médecin est important, car le traitement doit être précoce. Trop souvent les enfants ne sont vus que tardivement avec des déformations énormes. Le traitement orthopédique doit commencer avec la paralysie. Il vise d'abord à limiter les déformations et plus tard à les fixer par une greffe osseuse, la disparition de la musculature rendant illusoire le traitement habituel.

La scoliose peut succéder à un grand nombre d'autres affections. Comme on peut s'y attendre, les *affections vertébrales*, telles que mal de Pott, ostéomyélite, traumatismes, peuvent lui donner naissance. Au premier rang se placent les attitudes scoliotiques simples qui peuvent se compliquer si elles sont négligées.

Comme nous l'avons vu la scoliose peut succéder à un *torticolis*, à une *surélévation congénitale de l'omoplate*.

A la suite des *pleurésies* on observe des scolioses dont le traitement est difficile car l'affaissement, qui est salutaire à la disparition de la cavité pleurale, aggrave la déviation vertébrale.

Dans la *sciatique*, on observe souvent une attitude scoliotique, plus rarement une scoliose vraie, croisée ou parfois homologue.

Enfin dans toutes les *inégalités de longueur des membres inférieurs*, le déséquilibre du bassin peut entraîner une scoliose statique, qui débute par une simple attitude scoliotique.

Malgré la multiplicité des causes, on ne trouve bien souvent aucune origine précise à la déviation vertébrale qui rentre alors dans le cadre de la scoliose dite essentielle.

LE TRAITEMENT varie avec l'importance des déformations.

Dans les *formes légères* équilibrées, un traitement de gymnastique médicale bien conduite peut suffire.

Dans les *formes accentuées*, surtout s'il y a déséquilibre, il faut avoir recours à l'appareillage combiné à la gymnastique.

L'appareillage a un double but : équilibrer la scoliose, diminuer les déformations, en agissant directement sur elles et en faisant jouer la croissance osseuse dans le sens de la correction. Divers appareils sont employés :

Le corset plâtré a l'inconvénient de provoquer une atrophie des muscles et du thorax, qui expose souvent à la récidive lorsqu'on le supprime.

Le lit plâtré n'a pas cet inconvénient, mais il ne permet pas le traitement ambulatoire. Il permet de réaliser des corrections importantes, surtout chez les jeunes. Dans bien des cas il constitue une première étape utile du traitement.

Les corsets moulés en cuir ou mieux en celluloïd ont l'avantage d'être amovibles, de faciliter la gymnastique, tout en corrigeant efficacement la déformation. Mais ils sont trop souvent confiés à des fabricants dont le souci est de masquer les déformations plus que de les corriger. Le corset orthopédique doit être fait *sous la surveillance et suivant les indications d'un médecin*. Il comporte trois étapes : la correction de la déformation, la confection d'un moulage en plâtre en position de correction, enfin sur le moulage plus ou moins retouché la confection du corset proprement dit.

L'appareil n'est que la moitié du traitement, il faut lui adjoindre la *gymnastique*, qui *elle aussi doit être surveillée par un médecin*. La gymnastique doit être dosée. Chez les enfants fatigués, à état général déficient, elle peut être plus nuisible qu'utile et doit céder le pas au repos et au traitement général. Chez les autres enfants le programme doit être établi et modifié par le médecin suivant les déformations et les réactions de l'enfant.

Enfin il est des *formes sérieuses*, qui malgré un traitement prolongé s'aggravent. La déformation, le déséquilibre augmentent malgré l'appareillage. D'autres fois, la déformation paraît se corriger mais récidive chaque fois qu'on supprime l'appareil. C'est à ces formes surtout que s'adresse le traitement chirurgical, la greffe osseuse. Il trouve aussi des indications chez les grands gibbeux difficiles à appareiller et dans les scolioses douloureuses de l'adulte, mal soulagées par le corset.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1942

L'hypertension artérielle des amputés. — ***M. Jean Lhermitte.*** — Contrairement à M. Balthazard, on peut estimer qu'il n'est pas légitime de comparer tous les amputés, quels qu'ils soient aux individus sains de même âge. L'observation montre clairement l'importance majeure du siège de la mutilation pour le développement de l'hypertension permanente. De beaucoup, les amputés de cuisse l'emportent. Il faut observer aussi que les blessés du sciatique sont affectés avec une grande fréquence d'hypertension. Quelle en est la raison ? Sans méconnaître le rôle de l'infection du moignon, la sensibilisation allergique qu'elle entraîne, la thyréotoxicose, Lhermitte propose une explication nouvelle fondée sur la vasoconstriction des reins engendrée par les stimulations du moignon. Par l'ischémie rénale ainsi produite se développerait, comme dans les expériences de Goldblott, la substance pressive cause efficiente de l'hypertension permanente.

Pour les amputations du membre supérieur, ces excitations sympathiques retentissent non plus sur le rein mais sur le cœur entraînant les conséquences que l'on sait : l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, mais celles-ci beaucoup plus exceptionnelles que les précédentes.

Non-transmission du typhus exanthématique par piqûres de poux infectés. — ***MM. Georges Blanc*** et ***Marcel Balthazard.*** — Les poux typhiques ne transmettent pas l'infection par piqûre.

Le seul mode de transmission reste la contamination des muqueuses ou de la peau excoriée par les déjections virulentes ; le typhus doit être considéré comme une infection transmissible par poussières.

Rôle des ectoparasites humains dans la transmission de la peste. — ***MM Georges Blanc*** et ***Marcel Balthazard.*** — *Les épidémies de peste bubonique sont sous la dépendance stricte de la vection inter-humaine par les ectoparasites de l'homme.*

On peut affirmer que, sans ectoparasites humains, l'épidémie de peste bubonique n'est pas possible.

De ces faits les conclusions d'ordre prophylactique suivantes :

1° La dératisation doit être faite en principe, en dehors des épizooties murines. Si elle est appliquée en grand, comme il arrive le plus souvent, après la constatation des cas de peste humaine elle doit être accompagnée d'une destruction des ectoparasites très soignée, sinon elle ne fait que renforcer le rôle de l'épizootie en libérant de nombreuses puces de rat que le jeûne amènera sur l'homme.

2° Quelle que soit l'importance de l'épizootie murine, les dangers d'épidémie de peste humaine ne sont pas à redouter si l'on peut détecter précocement les cas humains et les hospitaliser avant la période septicémique.

3° La brièveté de l'incubation, la brutalité de la maladie, font de la peste, une infection à extension géographique humaine très lente. Seul l'agonisant septicémique, qui, gravement malade, ne peut se déplacer, est capable d'infecter ses parasites : les contaminations se limitent donc toujours à la maison ou aux maisons environnantes. Le cordon sanitaire isolant chaque douar pour empêcher les allées et venues d'habitants d'un douar à l'autre se montre une mesure extrêmement efficace, empêchant le rayonnement de l'épidémie.

A cause de cette extensibilité faible, la prophylaxie de la peste humaine est une chose relativement facile. Infiniment plus facile que celle du typhus où l'individu en incubation, encore bien portant, véhicule déjà, dans ses déplacements, des ectoparasites infectés.

Evaluation du pouvoir curatif des médications antisyphilitiques. — ***M. C. Levaditi.***

L'épidémie de variole de l'hiver 1942. — ***MM. Tanon*** et ***Cambessedes.***

Séance du 27 octobre 1942

Analyse génétique d'une famille entachée de tuberculose pulmonaire. — *MM. Troisier, Brouet* et *Van Der Stegen* proposent d'introduire pour l'étude pathogénique de la tuberculose de l'adulte l'analyse génétique dans le cadre familial.

Les familles choisies doivent obligatoirement comporter un conjoint tuberculeux indemne et l'autre sain. Les enfants doivent également comporter des sujets sains, d'autres malades ; ils doivent enfin avoir dépassé franchement l'âge de la puberté, étant donné la résistance bien connue de la seconde enfance à la tuberculose.

Les caractères génétiques : couleur des iris, aspect des cheveux, groupes sanguins, etc., ainsi que les aspects morphologiques sont étudiés en rapport avec la sensibilité au virus tuberculeux en vue de trouver une liaison entre eux dans le cadre familial.

Les auteurs exposent à ce propos l'analyse génétique singulièrement suggestive d'une famille répondant à ce programme d'étude.

Comas mortels avec hypoglycémie au cours des œdèmes de dénutrition. — *MM. H. Gounelle, J. Marche, M. Bachet* et *R. Digo* ont pu observer en milieu asilaire un type de comas assez particuliers qu'ils rapprochent des récentes observations de MM. Lhermitte et Sigwald. Survenant chez de grands dénutris œdémateux, à un stade avancé de l'évolution, ces comas sont annoncés par un état d'asthénie extrême se transformant plus ou moins rapidement en une torpeur profonde. Le tableau clinique réalisé est bien spécial, associant à un collapsus généralisé et à des troubles respiratoires avec pauses prolongées une perte totale de la motilité, de la sensibilité et de la conscience, des contractures plus ou moins intenses et parfois un signe de Babinski. Cette symptomatologie est d'ailleurs variable d'un sujet à l'autre et au cours de l'évolution, mais la mort intervient toujours en quelques heures.

Dans cet état, l'hypoglycémie est remarquable. Dans un cas on trouvait successivement, six jours avant le coma, 0 gr, 77, au seuil du coma 0,47 et en plein coma 0,38 ; dans un second cas, en plein coma 0,37.

Les auteurs rappellent qu'ils ont envisagé à plusieurs reprises une participation neuro-végétative et endocrinienne notamment hypophysaire, dans le déterminisme des œdèmes de dénutrition : les constatations anatomiques de MM. Lhermitte et Sigwald faites dans des cas semblables plaident en ce sens.

L'hypoglycémie est-elle témoin de la disparition des réserves glycogéniques de l'organisme et la cause véritable de ces comas, ou indique-t-elle seulement la grave déchéance polyendocrinienne qui semble accompagner les états avancés de dénutrition ?

Traitement des plaies, des brûlures, des ulcères et des maux perforants chez les lépreux. — *M. Chorine.* — Les lépreux ne sont contagieux qu'en raison des bacilles éliminés par l'organisme malade, au niveau des ulcères et des plaies diverses. L'auteur, envoyé par l'Institut Pasteur au Soudan Français, a essayé le para-amino-phényl sulfamide pour le traitement des diverses lésions cutanées chez les lépreux à l'Institut central de la lèpre de l'A. O. F. à Bamako. Il résulte de ses recherches que la para-amino-phényl-sulfamide, dont la mise en lumière des propriétés thérapeutiques est due aux travaux de M. et Mme Tréfouël, Nitti et Bovet, est un médicament des plus intéressant.

Ce produit permet dans la plupart des cas de guérir rapidement ces plaies et, par conséquent, diminue grandement le danger de contagion, fait d'une importance considérable pour la prophylaxie de la lèpre.

Besoins des débiles et prématurés en phosphore, en calcium et en vitamine D. — *M. L. Ribadeau-Dumas* et *Mlle Mignon.* — Sur 79 enfants ayant fait l'objet d'un examen complet, 43 présentaient des signes de rachitisme ou de tétanie, 75 des anomalies humorales : il y avait donc 32 rachitiques latents. Il faut pour arriver à la normale, l'enfant ayant à sa disposition une quantité de chaux et de phosphore suffisante, des doses élevées de vitamine D dont la posologie pour être précisée demande des examens répétés du sérum, même longtemps après le retour à une formule satisfaisante. Avec le phosphore et le calcium seuls, il est exceptionnel que l'enfant présente un état satisfaisant. On observe d'ailleurs de grandes variations individuelles.

Séance du 3 novembre 1942

Etude clinique du typhus exanthématique chez les sujets vaccinés par le vaccin Durand-Giroud. Valeur prophylactique de ce vaccin. — *MM. René Martin, Vittoz, Sureau*, et *Mlle Nicole Bourcart* ont pu observer 8 cas de typhus chez des sujets vaccinés exposés par leur travail de laboratoire, à des infections typhiques journalières et massives.

Grâce à la vaccination antirickettsienne typhus historique (méthode de Durand-Giroud) ces huit malades ont tous fait un typhus bénin, parfois même fruste ou ambulatoire. Une femme non vaccinée, contaminée dans le même laboratoire a, par contre, fait un typhus grave ayant mis ses jours en danger. Deux autres sujets vaccinés par la méthode de Weigl, et contaminés dans les mêmes conditions, ont fait des typhus sévères, beaucoup plus graves que le cas le plus sérieux observé chez les vaccinés par la méthode Durand Giroud.

De cette étude il ressort nettement, que les sujets immunisés par le vaccin Durand-Giroud et soumis à une contamination journalière répétée et importante, s'il ne sont pas à l'abri de contracter le typhus dans des conditions particulièrement sévères de contamination, font néanmoins une affection toujours bénigne ; aussi il paraît logique d'admettre que le vaccin Durand-Giroud confère une immunité suffisante pour préserver les sujets vaccinés des contaminations fugaces et passagères qui sont à redouter dans l'infection épidémique habituelle.

La composition actuelle des rations alimentaires pour femmes allaitantes a-t-elle une influence sur la composition du lait maternel ? Résultats expérimentaux après une enquête en février-mars 1942. — *Mmes L. Randoin* et *J. Boisselot, MM. A. Rossier* et *P. Fournier.* — Certains déséquilibres reflètent, dans le lait maternel, les restrictions alimentaires que subit actuellement la femme qui allaite, malgré les suppléments qui lui sont accordés.

Le nourrisson, même au sein, risque de subir, dans les circonstances actuelles, les conséquences de certains déséquilibres alimentaires, dus essentiellement au défaut relatif de fruits frais et de légumes verts, sources de vitamines C, B et de caroténoïdes. En outre, le déséquilibre phospho-calcique, ainsi que les teneurs trop faibles en protides animaux, en lipides végétaux, en vitamines D dans le régime des mères, doivent faire redouter d'autres conséquences encore pour la santé des jeunes enfants.

Nous n'avons pas observé jusqu'à présent de troubles nets chez ceux-ci. Une prophylaxie attentive s'impose. L'enfant, même au sein, devra recevoir chaque jour un peu de jus de fruits frais ou de jus de légumes et quelques gouttes d'huile de foie frais de poisson. Si cette dernière condition n'est pas remplie, il conviendra de lui donner la quantité nécessaire et suffisante de vitamine A et de vitamine D sous forme de préparations concentrées. On pourra également veiller à son insolation.

Action de la folliculine sur le métabolisme du calcium chez les oiseaux en régime normal et en régime acalcique. — *MM. J. Benoit* et *J. Clavert* (d'Alger). — L'injection de folliculine produit chez l'oiseau, selon un mécanisme qui reste à préciser et dans lequel peuvent intervenir les parathyroïdes, de l'hypercalcémie, de la néoformation et de la destruction osseuses, cette dernière étant accompagnée de libération calcique.

La fièvre typhoïde en 1942. Augmentation. Prophylaxie par vaccination. — *MM. Tanon Cambessedès.* — La fièvre typhoïde a augmenté cette année assez sensiblement. La moyenne qui était de 500 à 1.200 cas par an dans ces dix dernières années, à Paris et dans le département de la Seine, est un peu plus élevée depuis le début de 1942. Jusqu'en novembre 1.021 cas, tandis qu'on en notait 1.035 atteintes en 1930.

Les enquêtes ont montré que cette recrudescence tenait surtout à l'alimentation par les légumes crus qui, la plupart du temps sont insuffisamment lavés. MM. Tanon et Cambessèdes proposent en conséquence à l'Académie de renouveler ses vœux antérieurs en faveur de la vaccination faite dans l'enfance avec le vaccin triple, qui donne très peu de réactions.

L'efficacité de cette méthode est actuellement démontrée ; et, dans leur statistique de cette année, les auteurs ont vu que, sur 100 malades, 93 n'avaient pas été vaccinés ; la proportion entre les hommes et les femmes de 30 à 35 ans est de 9 % de femmes de plus, les hommes ayant pour la plupart été vaccinés à leur incorporation.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1942

A propos de l'exérèse des tumeurs mixtes. — Le procédé de *M. Cadenat* avec le ventre antérier du digastrique, permet de relever la commissure que la section du facial rend tombante.

Lipome sous-muqueux intracavitaire du côlon ascendant. — Un cas de *M. Grinda* rapporté par M. d'Allaines.

Cinq cas de péritonite à pneumocoques. — *M. Strée*

Un cas de péritonite à pneumocoques. — *M. Cl. Rouvillois*. M. Blondin rapporte ces observations en appuyant sur les résultats remarquables du traitement par les sulfamides employés par voie buccale et par voie intrapéritonéale associées.

M. Leveuf rappelle les difficultés du diagnostic de l'affection et conseille en cas de doute la laparotomie exploratrice. *M. Fèvre* est du même avis mais il n'a rencontré ces dernières années que des formes atténuées. *M. Mondor* insiste sur la lenteur d'abcédation des pelvi-péritonites pneumococciques et sur la nécessité d'attendre pour intervenir. Les résultats opératoires sont favorables.

Hématome cérébelleux traumatique chez un malade opéré quatre ans auparavant d'un astrocytome du cervelet. — *M. Ferey.*

Un cas d'échinococcose alvéolaire parisienne. — *MM. d'Allaines, Hillemand* et *Delarue*. — Plusieurs foyers de cette redoutable affection ont été signalés spécialement dans l'Est. Le pronostic de l'atteinte, toujours fatal, autorise les tentatives d'exérèse qui nécessitent le passage en parenchyme hépatique sain. *M. Wilmoth* demande que l'on publie d'autres observations qui montreront peut-être si le parasite est le même que celui du kyste hydatique.

Tumeur rétro-pancréatique métastase ganglionnaire d'un séminome du testicule sans lésion apparente du testicule. — *MM. Bazy* et *Deboix* purent faire le diagnostic de tumeur rétropancréatique sur l'aspect radiologique d'élargissement du cadre duodénal et de déjettement en avant de l'estomac. La biopsie et l'examen histologique établirent qu'il s'agissait d'un séminome. *M. Huet* a rencontré un cas semblable où il fallut faire une orchidotomie pour déceler le séminome.

Traitement neuro-chirurgical des dilatations pyélo-urétérales. — *MM. Fey* et *Couvelaire* montrent par quatre cas le rôle de la section du splanchnique sur ces dilatations.

Traitement neuro-chirurgical de l'hydro-néphrose et des dilatations idiopathiques de l'uretère. — *M. Servelle*. *M. Couvelaire* estime peu satisfaisante la section du splanchnique mais la méthode demeure intéressante expérimentalement.

Séance du 28 octobre 1942

Cancer du rectum chez un enfant de 11 ans. — *M. Baillis*- M. A. Mouchet, rapporteur.

Un cas d'opération de Richet. — *M. Charbonnel.*

L'urétéro-néo-cystostomie. Remarques à propos d'un cas de section double des uretères. — *MM. R. Gouverneur* et *Dufour* ont pu pratiquer la réimplantation de l'uretère d'un côté avec un excellent résultat. De l'autre côté la section était haute et n'a pas permis d'utiliser cette technique. Les auteurs précisent les indications de la réimplantation : il faut une paroi vésicale saine, que la section ne soit pas trop loin de la vessie (4 centimètres), afin que la traction soit faible.

La résection du genou dans le traitement des arthrites suppurées du genou. — *M. Barret* dans 6 cas a obtenu un très bon résultat.

M. R. Bernard a sur 4 cas rencontré une mort qu'il attribue à la section osseuse opératoire.

M. Blondin pense que dans bien des cas on est amené à une amputation qu'il faut savoir faire sans retard.

M. Huet pense que la résection est indiquée dès qu'apparaît sur la radio un pincement articulaire net.

MM. Couvelaire et *Welti* se montrent satisfaits de la résection intrafebrile.

Vaccination, désensibilisation et adaptation post-opératoire. — *M. Gosset* a utilisé l'histaminothérapie pré-opératoire qui lui a donné des résultats analogues à ceux de la bactériothérapie. La méthode de désensibilisation pré-opératoire est donc efficace.

M. Leveuf n'a pas recueilli de résultants probants par la thérapeutique histaminique du choc opératoire.

Cinq cas d'occlusion du grêle par anastomose de dérivation entre le grêle distendu et le gros intestin. — *M. Barbier*. M. Brocq pense que dans la plupart de ces cas, l'aspiration duodénale continue aurait mis fin aux accidents observés.

Contribution à l'étude du traitement de l'occlusion intestinale par dérivation interne. — *M. Dupont*. M. Quénu souligne que l'opération a été chaque fois bien supportée. Dans deux cas cependant les anses se sont engagées dans la boucle de l'entéro-anastomose, créant une occlusion secondaire.

M. Sénèque estime que l'aspiration continue est appréciée avec trop d'optimisme. Quand l'arrêt des gaz persiste, il faut intervenir et lever l'obstacle.

Séance du 4 novembre 1942

Deux cas d'opération d'Olmer. — *M. Chauvin* a fait deux fois la ligature de la veine surrénale principale gauche. Ses résultats montrent que cette opération assez aisée peut améliorer de façon transitoire certaines hypertensions malignes.

M. Fey, rapporteur, préfère la splanchnicectomie qui lui paraît mieux réglée et qui donne des résultats de même ordre.

M. Welti sur 14 cas traités par énervation surrénale ou par section des splanchniques, a obtenu des succès partiels, 10 cas ayant ultérieurement succombé aux récidives hypertensives.

Un cas de tumeur paranéphrétique. — *M. Gouverneur* insiste sur l'intérêt de la pyélographie qui affirme l'intégrité de l'appareil réno-urétéral simplement refoulé par la tumeur. Le diagnostic une fois posé en face de cette masse mollasse et rétropéritonéale, l'ablation par voie lombo-iliaque constitue le meilleur mode de traitement.

Diagnostic radiologique de l'occlusion intestinale. — — *MM. R. Bernard* et *Iselin* montrent par de beaux exemples l'intérêt des clichés pris en position couchée : ils permettent de mieux apprécier le niveau de la lésion, l'anse dilatée, l'utilité de l'aspiration continue, la présence de liquide intrapéritonéal.

Trépanation décompressive de l'orbite pour exophtalmie basedowienne maligne. — *M. Welti* présente trois cas de cette opération dont les indications sont très rares. Il s'agit d'une diminution alarmante de l'acuité visuelle dans certaines thyrotoxicoses indépendante du traitement chirurgical ou physiothérapique, et qui ne cède qu'à la décompression oculaire.

Election de deux membres associés parisiens de l'Académie. — *MM. Mialaret* et *Rudler* sont élus.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1942

Atélectasie pulmonaire aigu posthémoptoïque au cours d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse. — *MM. P. Nicaud*, *A. Laffitte* et *A. Barre* ont pu suivre un jeune homme de 16 ans qui présenta brusquement après une hémoptysie de faible abondance un syndrome atélectasique lobaire de la base droite. Le tableau clinique était celui d'une condensation de la base droite avec abolition du murmure vésiculaire et des vibrations sans souffle. Le cœur était dévié vers la droite du côté des signes pseudo-pleurétiques. La radiographie révéla une opacité homogène de la base droite et une dextrocardie importante, une déviation à droite de la trachée

et du pédicule vasculaire. La coupole diaphragmatique était noyée dans l'opacité basale droite. Ces signes étaient accompagnés d'une grosse température 39°-40°. Au bout de cinq jours, apparu une infiltration pulmonaire tuberculeuse à tendance rapidement ulcéreuse avec expectoration de l'opacité basale, une infiltration pulmonaire discrète de la partie moyenne et de la base du poumon droit avec opacité plus dense au niveau du hile traduisant une réaction ganglionnaire. Le cœur et la trachée étaient revenus à la position normale. Les radiographies ultérieures ont permis de suivre une marche évolutive rapide avec apparition de petites pertes de substance. Le pneumothorax avait été refusé par le malade.

Les auteurs discutent la possibilité d'une primo-infection tuberculeuse. Une cuti-réaction récente avait été négative antérieurement aux accidents et une opacité juxtahilaire droite paraissait traduire une réaction ganglionnaire. La pathogénie de ces syndromes atélectasiques pourrait être rapportée à un obstacle mécanique (caillot) bloquant les voies aériennes.

Trois cas de toxicodermie chez l'enfant.— *MM. Maurice Lamy* et *Michel Lamotte* ont observé chez trois enfants le développement rapide d'une éruption caractérisée d'une part par un éxanthème floride formé d'éléments d'un rouge intense et quasi purpurique, d'autre part par l'éclosion de larges bulles prédominant à la face, ayant évolué rapidement vers la guérison. Les auteurs insistent sur l'importance de l'épidermolyse, sur la chute complète des ongles et sur l'intensité de la pigmentation résiduelle.

Ces érythrodermies bulleuses semblent relever le plus souvent d'une intoxication barbiturique (deux de ces malades avaient absorbé du gardénal et du bi-hydan).

Néphrite aiguë anurique consécutive à l'ingestion massive de sulfamides. — *MM. M. Duvoir, G. Poumeau-Delille, L. Durupt* et *A. Hadengue* rapportent l'observation d'une femme de 26 ans, sans antécédents rénaux apparents, qui à la suite de l'ingestion, pour une gonococcie, de 20 grammes de sulfamides en deux fois à vingt-quatre heures d'intervalle, présenta le lendemain de la seconde prise, une anurie avec élévation de l'azotémie à 1 gr. 60. Lorsque la diurèse commença à se rétablir quarante-huit heures après, les urines contenaient des traces d'albumine et de nombreuses hématies et cellules épithéliales, mais pas de cylindres. La guérison survint en quatre semaines ; mais lorsque la malade quitta l'hôpital avec une azotémie normale, l'élimination de la phénolsulfone phtaléine était encore troublée. Les auteurs pensent que les troubles présentés par leur malade relèvent tout à la fois de l'encombrement des tubuli par la recristallisation du produit sulfamidé et, suivant le mécanisme invoqué par M. Valery-Radot, d'une congestion glomérulaire associée dont témoignait la présence de nombreuses hématies dans les urines. Aussi est-il préférable de ne pas substituer à la pratique des doses de sulfamides fortes mais fractionnées, le procédé de la dose unique malgré l'incontestable intérêt d'une guérison plus rapide de la gonococcie.

Accidents hypoglycémiques au cours de la maladie d'Addison. — *MM. M. Duvoir, G. Poumeau-Delille* et *Mlle Lindeux* rapportent un cas de maladie d'Addison où dès le début le sujet accuse une sensation anormale de faim avec sensibilité particulière au jeûne. Deux ans plus tard au cours du traitement par la cortine de synthèse des accès d'hypoglycémie apparaissent spontanément avec glycémie à 0 gr. 42.

Les auteurs insistent sur l'importance du trouble de la régulation du glucose mis en évidence par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée et font la distinction entre ces accès d'hypoglycémie et une poussée d'insuffisance surrénale aiguë.

Tuberculose pulmonaire post-opératoire. — *MM. Ameuille* et *Wilmoth* ont étudié les tuberculoses pulmonaires apparues après interventions chirurgicales.

Le plus souvent, il s'agit de tuberculose pulmonaire méconnue antérieure à celle-ci, et qui a pu subir une poussée du fait du choc operatoire ou de l'anesthésie. La radioscopie systématique pré-opératoire du thorax devrait arriver à en diminuer la fréquence et la gravite.

Quelquefois, la tuberculose pulmonaire ne préexistait pas à l'intervention chirurgicale. Elle doit pouvoir s'expliquer dans plusieurs cas par la série d'accidents suivants : 1° embolie pulmonaire post-opératoire; 2° suppuration de l'infarctus pulmonaire ainsi produit et formation d'un abcès pulmonaire ; 3° tuberculinisation de l'abcès.

Dans deux cas rapportes, la succession de ces accidents apparaît très nettement.

Novocaïne intra-péritonéale.— *MM. Ameuille* et *Lebourg* ont utilisé l injection de novocaïne à doses fortes dans le péritoine de sujets atteints de tuberculose intestinale douloureuse. Ils ont eu des résultats très satisfaisants. Ils croient qu'il y a lieu d'étendre les indications et de faire des essais avec d'autres médicaments. A la suite de Gérard Guyot, ils l'ont également essayé avec succès dans les pleurésies douloureuses.

Sur l'embolie gazeuse cérébrale consécutive aux interventions pleuro-pulmonaires. — *MM. P. Ameuille* et *J. Lhermitte.* — Chez un homme de 27 ans atteint d'abcès pulmonaire, l'intervention fut pratiquée sous anesthésie générale; au réveil, le patient présentait une quadriplégie qui devint spasmodique et ne s'améliora que relativement.

L'étude anatomique montra l'existence d'une lésion spéciale, limitée aux plans profonds de circonvolutions rolandiques, une fonte spongieuse de l'écorce cérébrale. Cette altération correspond à un processus d'ischémie locale et localisée dans le cas présent à la partie supérieure des circonvolutions sensitivo-motrices. Les faits de ce genre viennent ainsi démontrer l'inanité du soi-disant réflexe pleural trop souvent invoqué et jamais justifié.

Interprétation et valeur de la séro-agglutination de Widal pour le diagnostic des entérites épidémiques dues au paratyphique C. — *MM. Sohier* et *J. Grégoire* ont cherché s'il était possible de préciser au moyen du sérodiagnostic l'étiologie des infections ou toxi-infections alimentaires dues au paratyphique.

Après avoir pratiqué 164 agglutinations, pour la présence de ce germe, chez des sujets malades ou indemnes de Salmonellose, ils croient pouvoir proposer le taux de 1/400, comme taux limite exigible pour que l'on puisse conclure, sans commettre d'erreur, à l'existence d'une infection au paratyphique C.

Le taux de 1/200 a toutefois une valeur d'orientation, et, dans ce cas, il est parfois possible d'infirmer ou de confirmer la réalité de l'atteinte par une nouvelle épreuve effectuée huit jours plus tard.

La vaccination antityphoparatyphoïdique (T A B) peut faire apparaître des agglutinines pour le paratyphique C, mais à des taux toujours très inférieurs au taux limite proposé.

Séance du 30 octobre 1942

Bulle d'emphysème transitoire après un abcès du poumon. — *MM. M. Duvoir, S. Poumeau-Delille, Deprez* et *Mlle Lindeux,* rapportent l'observation d'une malade chez qui des radiographies successives ont permis de saisir au voisinage d'un abcès du poumon en voie de guérison, l'apparition, le développement puis la régression en quatre mois d'une bulle d'emphysème. Les auteurs discutent le diagnostic de cette bulle d'emphysème avec un kyste aérien. Une obstruction bronchique à soupape dépendant de la suppuration pulmonaire est très probablement à l'origine de la bulle d'emphysème.

Sur un cas d'acidocétose salicylée grave avec coma et syndrome purpurique. Guérison après traitement glyco-insulinique. — *MM. de Gennes, Mahoudeau* et *Laudat* rapportent l'observation d'une jeune fille de 23 ans qui après cinq jours de traitement salicylé, au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aiguë, présente de l'agitation, du délire, un type respiratoire à type de Kussmaul, précédant de peu l'apparition d'un coma acidosique extrêmement grave.

Cet état résista à des doses très élevées de bicarbonate de soude pour ne céder que devant un traitement insulinique accompagné d'injections intraveineuses de glucose.

Les auteurs insistent sur la survenue de ce coma chez un sujet jeune, non diabétique, et sur la coïncidence d'une forte hyperthermie et de purpura hémorragique. Les analyses chimiques du sang et des urines montrèrent qu'il s'agissait d'une acidocétose et non d'une acidose due directement au salicylate. Ils soulignent le rôle de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale qui souvent se conjuguent pour déterminer cet accident heureusement exceptionnel. Ils affirment enfin l'indication du traitement insulinique qui agit sur cette cétose comme sur l'acidose diabétique.

Sur les accidents cérébraux de l'arsénothérapie. (A propos d'un cas d'apoplexie séreuse à forme confusionnelle, terminé par la guérison). — *MM. Jacques Decourt* et *A. Brault* rappellent l'opposition faite par M. Milian, parmi

les accidents cérébraux de l'arsénothérapie, entre les accidents précoces qu'il considère comme de nature « biotropique », et les accidents tardifs, du type de l'apoplexie séreuse, qui seraient seuls d'ordre proprement toxique. Dans le cas rapporté par les auteurs il s'agissait à n'en pas douter d'une apoplexie séreuse vraie. Les accidents revêtirent pourtant un aspect analogue à celui que M. Millan assigne aux encephalites biotropiques. D'autre part, ils ne furent ni précoces ni tardifs, car ils apparurent après la sixième injection de novarsénobenzol, la dose totale ne dépassant pas 3 grammes. Ils pensent qu'on ne peut opposer de façon absolue, ni sur le plan symptomatique, ni sur le plan pathogénique, les accidents cérébraux du neuvième jour et l'apoplexie séreuse tardive. Les différences notées en clinique entre les deux types d'accidents leur semblent tenir surtout à la réactivité variable des sujets, essentiellement aux manières différentes dont leur système neuro-végétatif répond aux injections médicamenteuses successives.

Un nouveau cas d'ostéose douloureuse avec pseudofractures. — *MM. Maurice Debray, F. Alison* et *J. Russet.* — C'est le deuxième cas de syndrome de Milkman que l'un d'eux observe en neuf ans de pratique non spécialisée. Ces auteurs insistent sur certains caractères des douleurs et sur la démarche déhanchée, dandinante très particulière. Les troubles intenses et déjà anciens disparurent complètement après deux mois de repos et de traitement récalcifiant.

Sur l'absorption de désoxycorticostérone par voie perlinguale dans un cas de maladie d'Addison. — *M. de Gennes* presente un grand addisonien qu'il a pu observer depuis 1937 tant au point de vue clinique qu'au point de vue humoral. Traité d'abord par les injections de sels et de cystéine puis par divers extraits cortico-surrénaux, le malade a été équilibré depuis 1938 par l'injection de 5 milligr. par jour de cortine de synthèse. Partant de cette base, les auteurs ont d'abord tenté sans succés de faire absorber la désoxycorticostérone par voie digestive et ont dû abandonner cette voie pour revenir aux piqûres.

Dans un deuxième essai portant sur quatre mois ils ont essayé la voie perlinguale directe et sont arrivés à équilibrer le malade avec des doses trois fois supérieures aux doses injectées. Ils estiment que cette méthode reste imparfaite, irrégulière et pleine d'aléas, et ils préconisent l'absorption linguale de l'hormone par l'intermédiaire de solvants dont le propylène glycolle semble être le meilleur.

On arriverait ainsi à faire ingérer les hormones par voie linguale à peu près dans les mêmes proportions que par voie parentérale. Cette recherche dépasse le cadre de la maladie d'Addison et peut s'étendre à toutes les hormones stéroïdes.

Séance du 6 novembre 1942

Un nouveau symptôme radioscopique de l'insuffisance mitrale : la régurgitation auriculaire systolique. — *MM. J. Lenègre, P. Mathivat* et *L. Philippe.* — La radiokymographie peut, dans certaines conditions, mettre en évidence chez les mitraux une régurgitation systolique du sang du ventricule dans l'oreillette gauche à travers un orifice mitral insuffisant (D. Routier et R. Heim de Balsac). Les auteurs montrent que la simple radioscopie permet dans la très grande majorité des cas, d'observer directement, au prix de certaines précautions (opacification de l'œsophage, inspiration forcée) ce phénoméne pathologique de la régurgitation auriculaire, non seulement de face quand l'oreillette gauche est anévrysmale, mais encore en OAD quand la dilatation auriculaire est modérée : le bord postérieur du cœur, saillant en arrière dans l'espace clair prévertébral subit alors une retropulsion systolique soulignée par l'opacification de l'œsephage, contrairement à ce que l'on observe chez les sujets normaux. Ce symptôme radioscopique, retrouvé 51 fois sur 69 mitraux, est d'autant plus net que l'oreillette gauche est plus dilatée. Son absence ne suffit pas à faire récuser formellement le diagnostic d'insuffisance mitrale. Il s'observe aussi bien dans le cas d'un rétrécissement mitral pur que dans celui d'une endocardite mitrale dotée d'un souffle systolique de pointe. Celui-ci n'est donc pas indispensable pour qu'il y ait insuffisance mitrale au sens physio-pathologique du terme.

La régurgitation auriculaire systolique, si nette chez la plupart des mitraux, fait toujours défaut dans les souffles systoliques isolés (dits anorganiques) de la pointe, ainsi que dans la plupart des souffles systoliques congénitaux. Elle peut cependant s'observer, mais c'est rare, dans les cas de souffles systoliques râpeux des sujets âgés (dits en écharpe, mitro-aortiques, scléreux...) et dans les cas de souffles systoliques doux perçus au cours d'une défaillance ventriculaire gauche (attribués alors à une insuffisance mitrale fonctionnelle). De nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser la valeur de la régurgitation auriculaire, symptôme qui contribuera peut-être à faire réviser le cadre de l'insuffisance mitrale.

Goutte et vitamine B. — *MM. F. Coste, A. Grigaut* et *M. Lamotte* rapportent les effets parfois excellents de l'aneurine chez les goutteux. Ils discutent le mode d'action de la vitamine, l'existence d'une carence fruste dans la goutte, l'action de la thiamine sur le métabolisme des nucléoproteines et purines (qu'ils ont tenté d'étudier par des dosages en série chez les malades et chez des témoins), le rôle pharmacodynamique propre de l'aneurine dans le cas de la maladie goutteuse.

Un cas d'ostéopathie rare : pseudo fractures spontanées (maladie de Milkmann). — *M. Rechard Belger* rapporte l'observation d'un morphinomane cachectique, probablement carencé, chez qui se produisirent spontanément des lésions douloureuses des cubitus et des tibias. Les radiographies montrent des aspects comparables à ceux qu'a observé Milkmann et surtout à ceux qu'ont décrit en 1919 1920, Payer, Moser et divers auteurs dans les ostéopathies de famine.

La prochaine séance de la Société aura lieu le 13 novembre à la salle de Cours de la Clinique médicale des Enfants-Malades.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

L'épreuve de Valsalva dans l'exploration radiologique du cœur

L'épreuve de Valsalva (inspiration profonde, puis effort prolongé en s'opposant à la sortie de l'air par le nez et la bouche) entraîne une diminution de volume du cœur (20 à 25 %) et des gros vaisseaux de la base du cœur (5 a 20 %) ainsi que des branches vasculaires pulmonaires.

Cette épreuve est importante en radiologie thoracique, disent MM. Lian, Marchal et Le Bozec (*Arch. des maladies du cœur et des vaisseaux*, juillet-août 1942). Elle permet d'apprécier la souplesse des parois aortiques (diminution faible ou nulle dans les aortites). Elle aide au diagnostic des tumeurs médiastinales (diminution du volume des anévrysmes aortiques dans 50 % des cas). Elle facilite l'interprétation des ombres hilaires. C. Lian et Marchal ayant montré qu'en transverse gauche on voit en avant de l'extrémité inférieure de la trachéale l'ombre de la branche gauche de l'artère pulmonaire, l'épreuve de Valsalva a établi que cette ombre ovalaire est bien vasculaire.

L'épreuve de Müller (inspiration profonde, nez et bouche fermés) donne des modifications de volume inverses de celles de la manœuvre de Valsalva dont elle constitue en quelque sorte la contre-épreuve.

L'infiltration anesthésique du ganglion stellaire dans le traitement des hémoptysies

Les hémoptysies abondantes, résultat d'ulcérations vasculaires étendues restent au-dessus des ressources de l'anesthésie du ganglion stellaire. La petite hémoptysie ne nécessite pas cette intervention. Mais lorsque, chez un tuberculeux fibreux la répétition des hémoptysies finit par leur donner un caractère malin ; lorsqu'on se trouve en présence de l'« hémoptysie mortelle avec minime rejet de sang » au début ; lorsqu'on est en droit de songer à une alvéolite hémorragique ; lorsque les signes de dérèglement neuro-végétatif sont évidents, alors il nous semble, disent MM. Debenedetti et Pinquette (*La Presse Médicale*, 17 octobre 1942), qu'on est autorisé à tenter une anesthésie du ganglion stellaire.

Les réactions cutanées à la tuberculine chez les vieillards

MM. Troisier et Maclouf (*Paris Médical*, 20 septembre 1942) ont constaté au cours d'une statistique dans des asiles parisiens que 10 % environ des vieillards ne réagissaient pas à la tuberculine.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette absence de réactivité : 1° Certains sujets ont pu échapper à la contamination tuberculinique même s'ils ont été exposés aux bacilles ;

2° Il existe peut-être des porteurs latents de bacilles dont la période anté-allergique serait indéfiniment prolongée ;
3° Enfin le pourcentage des vieillards allergiques semblant un peu inférieur à celui des adultes de 40 ans habitant les grandes villes, la théorie de la négativation n'est pas à rejeter.

Intérêt de la sulfamidothérapie en neurologie

M. Dereux (*Presse Médicale*, 26 septembre 1942), à propos d'un cas d'encéphalite zonateuse guérie complètement et rapidement par les sulfamides, insiste sur l'intérêt de cette médication dans d'autres affections parenchymateuses du système nerveux : en particulier certaines encéphalites, myélites, encéphalo-myélites disséminées aiguës, spécialement les affections sous la dépendance de virus neurotropes.

Les voies digestives, sous-cutanée et intra musculaire sont les meilleures voies d'introduction : il ne semble pas qu'il y ait intérêt à employer l'injection sous-arachnoïdienne.

Enfin cette médication sulfamidée, qui ne fait courir aucun risque au malade, pourra toujours être remplacée si elle échoue par la médication infectieuse banale.

Traitement de la dyspnée du vieillard par les injections intra-veineuses de novocaïne

MM. A. Breton et Guidoux (*Paris Médical*, 30 septembre 1942) emploient une solution à 1 p. 100 de novocaïne sans adrénaline, injectant un centigramme de produit actif pour 10 kilogrammes de poids.

Les piqûres sont faites par série de dix jours, les 1er, 2e, 4e, 7e et 10e jours. L'injection doit être poussée lentement, en une à deux minutes.

Sur 16 cas traités, 14 succès complets, 2 résultats médiocres.

Chez les bronchitiques, on obtient une amélioration fonctionnelle remarquable, débutant dans l'heure qui suit, parfois seulement accentuée à la deuxième piqûre et consolidée par les suivantes.

Chez les cardiaques, le traitement donne des résultats moins constants : sur 12 malades, 5 succès complets, 4 résultats médiocres, 3 échecs.

On a noté du vertige, des troubles visuels, des sensations subjectives variées, mais jamais d'accidents.

La vomique au cours des abcès du poumon

La vomique, dit M. Jean Paris (*Gaz. méd. de France*, n° 2 de septembre 1942) n'est pas un signe constant, précoce et révélateur. Le clinicien doit donc orienter ses recherches vers la découverte du pus dans l'expectoration et accorder à l'élimination vominale la valeur d'un épiphénomène peu fréquent et souvent tardif, pouvant favoriser l'évolution vers la guérison.

Les septicémies consécutives aux chocs médicamenteux

M. A. Lemierre rapporte (*Bulletin Médical*, 15 octobre 1942) une observation d'infiltration staphylococcique de la face où des lésions inflammatoires locales s'aggravèrent après chacune des deux injections de propidon pratiquées.

L'hémoculture ne s'était montré positive qu'au bout de quarante-huit heures et n'avait donné en gélose profonde que quelques colonies clairsemées de staphylocoques, ce qui tendrait à démontrer qu'il s'agissait plutôt d'une bactérimie que d'une septicémie et explique l'évolution favorable de la maladie, dont le traitement, après l'apparition des accidents, ne consista qu'en pulvérisations humides et en cataplasmes chauds.

Ce cas montre une fois de plus que les chocs médicamenteux peuvent créer un ensemble de conditions propres à favoriser l'issue des germes pathogènes hors des foyers infectieux locaux et la dissémination des germes hors de l'organisme, et que la répétition de ces chocs à des intervalles rapprochées augmente les chances de cette dissémination.

Donc, avant de recourir à une injection antigénothérapique, il importe de tâter le terrain, de ne procéder au début que par petites doses et, en cas d'échec, malgré l'apparition de phénomènes réactionnels, soit de renoncer à poursuivre le traitement, soit de n'y persévérer qu'avec la plus extrême prudence.

La réaction de Trémolières dans le diagnostic des affections pancréatiques

L'abaissement au-dessous de 50 centigrammes du taux de l'élimination urinaire de l'iode après absorption de lipiodol (épreuve de Trémolières) est en faveur d'une insuffisance pancréatique externe.

Certaines affections (diarrhée, albuminurie, ascite) s'accompagnent cependant d'un trouble de l'élimination iodée, indépendamment de toute lésion pancréatique et représentent, disent MM. Vachon, Simon et Fournier (*Lyon Médical*, 6 septembre 1942), autant de causes d'erreur qu'il faut d'abord éliminer.

Dans les cas d'ictère, le déficit biliaire, qu'il soit isolé ou associé au déficit pancréatique, peut entraîner également un abaissement important de l'élimination iodée. On ne peut donc, chez un ictérique, utiliser la réaction pour diagnostiquer une maladie du pancréas.

Ces réserves faites, l'épreuve de Trémolières conserve toute sa valeur, elle est souvent d'une grande utilité dans le diagnostic des pancréatites sans ictère. Les résultats qu'elles apporte peuvent être comparés avec ceux fournis par d'autres méthodes d'investigation (tubage notamment) sur lesquels elle présente les avantages d'une épreuve facilement pratiquable et de technique simple.

G.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La fièvre du protonsil

On commence à bien connaître la fièvre provoquée par les sulfamides et sa fréquence. F. Högler et Loibl (*Wien. Klin. Wschr.*, 14 août 1942) font l'étude de la fièvre du protonsil. Elle revêt assez souvent un type aseptique, à grandes oscillations, durant deux à trois jours, après la prise du médicament et peut être précédée de frissons.

Avec le protonsil rubrum en injections, les auteurs ont observé chez des sujets sains une réaction fébrile dans près des deux tiers des cas et chez des malades atteints d'affections non fébriles, ils l'ont notée dans 81 % des cas.

Les résultats fournis par les examens chimiques des humeurs et de la formule sanguine n'ont pas révélé de différence entre les sujets présentant une telle sensibilité et ceux ne réagissant pas.

Cette *fièvre post-sulfamidée* doit être bien connue car elle peut entraîner à des erreurs dans les indications thérapeutiques et même à un véritable « cercle vicieux médicamenteux ». On est réduit à des hypothèses pour l'expliquer. Il ne s'agit ni de lyse bactérienne ou toxinique (Neumann), puisqu'elle survient en dehors même des infections, ni de réaction allergique, car on ne découvre pas de sensibilisation. Une action, par l'intermédiaire du foie ou par influence directe, sur les centres régulateurs n'est pas prouvée.

Tuberculose et tension artérielle

Il n'apparaît pas que la tuberculose pulmonaire soit hypotensive comme on l'a dit et Patsch (*Wien. Klin. Wschr.*, 7 août 1942) tire de ses constatations personnelles les conclusions suivantes.

L'infiltrat précoce s'accompagne d'une tension artérielle sensiblement normale ; la tuberculose hématogène peut être accompagnée d'une pression sanguine normale, abaissée ou augmentée et fixée, comme on en rencontre dans les scléroses vasculaires.

La tuberculose chez les hypertendus réalise un processus ulcéro-caséeux puis secondairement fibreux, l'hypertension est assez rarement permanente, fixée.

L'association d'hypertension et de sclérose peut conduire à des diagnostics erronés du point de vue pulmonaire et risque de faire méconnaître la tuberculose.

La radiothérapie des affections péri-articulaires

Caniglani (*Wien. Klin. Woschr*, 7 août 1942) étudie les indications et les résultats de la radiothérapie anti-inflammatoire, actuellement bien au point, dans les affections des régions de l'épaule et du coude.

Les péri-arthrites scapulo-humérales, l'inflammation de la bourse séreuse sous-deltoïdienne et les bursites sous-deltoïdiennes ou sous-acromiales avec concrétions, sont en général rapidement améliorées et les patients soulagés de leurs douleurs, les concrétions même peuvent disparaître. Sur 74 malades des deux sexes l'auteur n'a observé que 11 échecs et 69 % des patients ont été guéris au bout d'un nombre réduit de séances.

La radiothérapie est le traitement de choix de l'épicondylite si pénible des joueurs de tennis, sur 23 cas seuls 3 insuccès ont été enregistrés.

L'hépatite épidémique

Dans l'étude très documentée que F. Meythaler (*Klin. Wosch.*, 1er et 8 août 1942) consacre à la physiopathologie des ictères le chapitre qui traite de « *l'hepatitis epidemica* » comporte des constatations personnelles particulièrement intéressantes.

Durant l'été et l'automne 1941 ont pu être observés en Europe orientale, surtout en Grèce, et en Afrique plus de 2.500 hépatites infectieuses dont l'allure épidémique et la contagiosité paraissaient certaines ainsi qu'en témoignent quelques exemples.

Le tableau clinique était celui d'un ictère infectieux bénin mais on rencontrait également les formes sans ictère, avec hépatomégalie simple d'Eppinger. Le passage vers l'ictère grave n'a été observé dans aucun cas.

L'aspect clinique n'étant guère opposable à l'ictère catarrhal, malgré les signes différentiels qui ont été décrits aussi l'auteur se range-t-il à l'hypothèse d'une même affection rencontrée à l'état sporadique en temps normal et pouvant dans certaines conditions, procéder par épidémies. Son virus reste inconnu mais semble conférer l'immunité.

Il convient de rapprocher également de ces faits une épidémie de cirrhoses infantiles survenue dans le Tyrol qui permet de discuter le rôle d'une avitaminose ou d'un virus inconnu.

Le traitement du typhus par les sulfamides

Les essais de traitement de 54 cas de typhus par les sulfamides faits par J. Bury (*Klin. Woschr.*, 8 août 1942) se sont montrés sans effet sur cette affection, mais leur emploi est à recommander dans les complications secondaires.

L'essai d'un nouveau composé (sulfamidé azoïque) déjà utilisé dans le traitement du trachome (Be 1034 Bayer) aurait montré un léger effet sur certains des symptômes pris comme test sans modifier l'évolution de la maladie. Ceci fait penser que d'autres composés de cette série pourraient révéler une action plus efficace.

Corps thyroïde et amylasémie

Peu après l'irradiation du corps thyroïde dans la maladie de Basedow on observe en général une forte augmentation de la valeur diastasique du sang alors même que la glycémie est restée fixe. Le maximum se tient vers la sixième heure, en même temps que l'on peut observer la réaction précoce du « choc sécrétoire » entraînant une aggravation des signes thyréotoxiques. Ces changements n'ont pas lieu chez le sujet normal.

Guelzow et Huebner (*Klin. Woschr.*, 8 août 1942) estiment que bien que cette augmentation de l'activité diastasique corresponde chez l'hyperthyroïdien comme chez le sujet normal (après injection) au choc thyroxinique, ce n'est pas à cette hormone qu'elle est directement liée. Il est plus probable que la thyroxine libère des hormones tissulaires modifiant la perméabilité cellulaire qui finalement influencent la teneur du sang en diastases.

Fractures vertébrales sans traumatisme

W. Jaeger (*Schweiz. med. Woschr.*, n° 19, 1942) décrit deux cas de fracture du rachis survenues après des efforts n'ayant pas le caractère de traumatisme violent. Mais les vertèbres atteintes présentaient antérieurement des lésions de spondylite déformante.

Valeur du séro-diagnostic dans la dysenterie

Les constatations faites sur un nombre de cas important par Schäfer (*Münch. med. Woschr.*, 31 juillet 1942) ne sont guère favorables au test de Widal dans cette affection. Sur 81 cas dans lesquels l'examen des selles ne montrait pas de bacille de Flexner, 51 présentaient des aglutinines spécifiques dans le sérum, par contre sur 12 malades, porteurs de bacilles, le séro-diagnostic restait négatif dans 4 cas, malgré des délais suffisants.

Cependant en suivant le séro-diagnostic des hommes d'une unité en campagne l'auteur a constaté qu'après une épidémie de diarrhée il pouvait faire la preuve d'infections cliniquement inapparentes. Les sujets atteints ne restaient pas par ailleurs « excréteurs de bacilles ».

Ostéite de Paget et hyperthyréose

Ls maladie de Paget, ostéopathie ostéoclasique avec remaniement portant sur une minorité osseuse comporte dit Lyon (*Schweiz. med. Woschr.*, n° 22, 1942) une élévation des phosphatases du sérum, un bilan calcique positif, une cholestérolémie élevée et une action légère de la vitaminothérapie A.

Elle répond à une tendance constitutionnelle de réaction pagétique dans le domaine osseux qui peut apparaître parmi les différentes manifestations d'hypovitaminose A. La thérapeutique peut conduire l'affection à un état de rémission mais il est nécessaire de découvrir la raison de l'appauvrissement en vitamine A.

Dans le cas observé fut traitée une hyperthyréose par la radiothérapie, le régime et le traitement médicamenteux. La vitaminothérapie A prolongée est dans tous les cas fort nécessaire.

Lésions ulcéreuses de l'estomac par action arsenicale locale de courte durée

Trois exemples de paysans ayant présenté des lésions gastriques après emploi d'une bouillie à 25 % d'arséniate de chaux utilisée comme parasiticide en agriculture sont rapportés par D. Koch (*Münch. med. Woschr.*, 21 août 1942). Malgré l'absence d'ingestion on constata des ulcus ou une gastrite, sans aucun antécédent gastrique, ainsi que quelques autres signes d'intoxication arsenicale.

L'insuffisance médullaire essentielle

Sous ce titre R. Stodmeister et Buechman (*Klin. Woschr.*, 15 août 1942) groupent un certain nombre d'affections sanguines que la ponction sternale et le dosage du fer sérique aident à diagnostiquer et à classer.

Entrent dans ce cadre : l'érythroblastose aiguë (maladie de di Guglielmo), la leucémie aiguë, l'anémie aplastique, l'agranulocytose, la thrombopénie (maladie de Werlhof). Ces trois dernières constituent lorsqu'elles se trouvent réunies la *panhémocytopénie* terme par lequel les auteurs se défendent de renouveler celui de panmyélophtysie.

Le comportement du chlore plasmatique dans la dysenterie à Flexner

La chlorémie plasmatique est modifiée dans un sens variable, elle peut, comme dans d'autres affections, baisser par chloropexie tissulaire ou par la spoliation qui résulte de la diarrhée et des vomissements.

G. Walther et L. Guenther (*Klin. Wosch.*, 15 août 1942) ont observé chez 17 malades sur 64 une hypochlorémie entre 3 gr. et 3 gr. 6, pouvant apparaître dès les premiers jours ou seulement au deuxième septennaire.

Mais la déperdition aqueuse peut entraîner une concentration sanguine et la chloremie apparaître normale ou élevée. Pendant la convalescence apparaît une hyperchlorémie qui n'est plus liée à ce même processus, mais réelle. Les rechutes et aussi les complications, le rhumatisme dysentérique, entraînent à nouveau l'hypochlorémie.

Dans 15 cas mortels on ne trouva, juste avant la mort, que peu ou pas d'hypochlorémie, (paradoxe qui fait invoquer une paralysie du mécanisme de répartition des chlorures) et même dans deux cas une excrétion normale des chlorures urinaires.

Le régime et les boissons suffisent à réparer les pertes en chlorures mais dans les cas graves il est nécessaire de recourir au sérum salé.

Un cas rare de métastase intra-cranienne d'une infection à septothrix

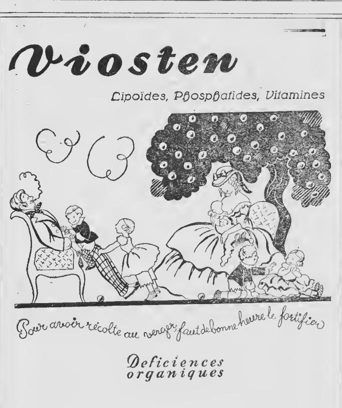
Chez un tuberculeux présentant une caverne gauche avec dilatation bronchique de voisinage se greffa une infection pulmonaire à septothrix qui se compliqua d'un abcès cérébral du lobe occipital. Sa rupture dans les ventricules permit de retrouver dans le liquide puriforme prélevé par ponction lombaire le septothrix (Patsch, *Wien. mediz. Wochensch.*, 18 juillet 1942).

L'examen du pus de l'abcès prélevé à l'autopsie montra des filaments et des grains prenant facilement le Gram et aisément rapportés au septothrix. Le point de départ de cette rare forme d'infection mycosique était le poumon, mais la recherche du parasite n'avait pas été pratiquée dans l'expectoration.

Rein polykystique et autres maladies congénitales dans la même famille

L'existence d'une maladie polykystique des reins est relevée chez la mère et deux de ses filles par Juchum (*Med. Klin.*, 7 août 1942) en outre il existait dans la même famille d'autres tares congénitales transmissibles : des troubles sanguins du type hémophilique, un diabète sucré et une idiotie.

G. L.-L.



Viosten
Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines
Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier
Deficiences organiques
Comprimés • Injections de 1 c.c. • Granulés
LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19



SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT.
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme.
2 formes : comprimés et poudre.
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON



BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

L'arachnoïdite opto-chiasmatique et son traitement

Processus inflammatoire régional, l'arachnoïdite opto-chiasmatique est un syndrome neuro-ophtalmologique aux limites à la vérité un peu floues et dont l'intérêt est dominé, *du point de vue clinique*, par son retentissement toujours dramatique sur les fonctions du tractus optique en l'absence de tumeur cérébrale et *du point de vue thérapeutique*, par ses possibilités de traitement neuro-chirurgical.

Dans la forme typique le malade consulte l'ophtalmologiste parce que *sa vue baisse progressivement* et cela plus ou moins rapidement et des deux côtés. Le champ visuel est *irrégulièrement* rétréci sans systématisation nette (aspect *biscornu* de ses contours), la vision centrale est habituellement conservée ; la périmétrie sera, on le voit, d'une importance de tout premier plan. Le fond d'œil peut être normal ou offrir un aspect mixte de pâleur papillaire et d'œdème des bords (symbiose très caractéristique).

Dans *d'autres cas* à peu près aussi nombreux que les précédents la baisse de l'acuité visuelle s'avère vite *plus considérable* (moins d'un cinquantième) avec des différences pour chaque œil. Par contre scotomes centraux et paracentraux s'observent plus fréquemment. Les papilles décolorées sont à bords nets. Les touches poussées d'un semblable tableau font soupçonner *l'atteinte plus profonde des nerfs optiques* eux mêmes, si bien que cette forme évoque par de nombreux points (ne serait-ce que sa résistance plus grande aux diverses tentatives thérapeutiques) la *classique névrite optique* dite infectieuse (à germes indéterminés non spécifiques).

On peut retrouver dans les *antécédents*, mais ce n'est pas obligatoire, la notion d'un *traumatisme* cranien plus ou moins récent ou d'une *inflammation le* plus souvent torpide du naso-pharynx ou des cavités de la face.

L'examen neurologique est le plus souvent négatif. Il y a parfois de la *céphalée* orbitaire, parfois une note hypophyso-tubérienne (adiposité, polyurie), ou bien une atteinte concomitante de la première paire, enfin plus rarement des *signes à distance* (région rolandique, quatrième ventricule, autres paires craniennes) de topographie disparate signant la diffusion capricieuse de l'élément inflammatoire.

Les radiogrammes craniens (selle turcique, trous optiques) s'avèrent normaux de même que le liquide céphalo-rachidien. La *ventriculographie* souvent nécessaire pour éviter des erreurs de diagnostic montre des ventricules en place, symétriques, sans déformations imputables à une tumeur.

L'élimination des affections tumorales de la région hypophysaire (adénomes hypophysaires, craniopharyngiomes méningiomes supra-sellaires) constitue la première partie de la tâche diagnostique, véritablement la plus aisée. Cette tâche devient plus délicate en ce qui concerne la discrimination du groupe touffu des *névrites optiques*, qu'elles soient *toxiques* (toujours bilatérales avec des champs visuels à contours très réguliers et scotome central bilatéral) qu'elles soient *traumatiques* ou enfin *infectieuses*. Dans ce dernier cas elles sont *souvent unilatérales* s'il s'agit de syphilis, d'affection dentaire ou sinusale, de sclérose en plaques au début, mais aussi souvent bilatérales (tabes, infection neurotropiques). C'est en cette toute dernière occurrence que la difficulté devient maxima tout au moins au point de vue théorique car dans la pratique il faut agir comme s'il s'agissait d'une arachnoïdite opto-chiasmatique.

En face de troubles visuels progressifs intéressant l'acuité visuelle et le champ visuel périphérique on a le droit dans les premiers temps, sous contrôles ophtalmologiques fréquents, de tenter un *traitement médical* en utilisant :

— Soit le *cyaure de mercure* intra-veineux en séries de vingt piqûres à 0 gr. 01, une chaque jour ;

— Soit *l'iodure de sodium* à 5 % intra-veineux ; injection quotidiennes de 10 à 20 c. c. activées par 1 ou 2 centigrammes de vitamine B1.

— Soit le *salicylate de soude* en solution glucosée à 10 % (un gramme de salicylate par jour pendant vingt jours). On peut alterner les séries de ces médicaments, chaque malade réagissant plus ou moins favorablement à l'un ou à l'autre.

Si malgré ce traitement *énergiquement conduit*, le déficit oculaire non seulement n'est pas stoppé mais s'accroit, il ne faut pas hésiter, surtout si le cas offre une tendance à évoluer par à-coups plus ou moins brusques, à recourir à *l'acte chirurgical* pour pallier dans la mesure du possible à la menace toujours présente de la cécité terminale et irréductible. L'opération ne doit pas être *trop retardée* car les belles récupérations sont souvent fonction de son opportune précocité.

La région opto-chiasmatique est abordée par la *voie transfrontale droite intra-dure-mérienne* et explorée après soulèvement du lobe frontal. Les lésions arachnoïdiennes se présentent soit sous forme de tractus solides et bien limités, soit de nappes plus ou moins engainantes, soit de fins pinceaux naissant des vaisseaux soit enfin sous forme de *méningite séreuse* avec kystes arachnoïdiens. L'opération consiste à libérer les adhérences, évacuer les kystes et tout cela avec le maximum de douceur pour éviter les hémorragies. On apprécie en même temps *l'état des nerfs optiques* sous-jacents, état qui pourra aider à établir un pronostic ultérieur. Il s'agit là d'une opération simple et sans danger. Dans 40 % des cas environ la récupération visuelle est très notable et nombre de sujets reprennent une activité sociale satisfaisante. Mais il peut y avoir des récidives, d'où la nécessité *d'un traitement complémentaire* consistant en :

a) *Radiothérapie semi-pénétrante* de la région chiasmatique ou de toute la région encéphalique, s'il existe des signes d'encéphalite plus diffuse ;

b) *Reprise* et *continuation des traitements anti-infectieux* de la période de début ;

c) Adjonction possible suivant les cas d'injections de vitamine B1, d'acécoline, d'yohimbine, etc...

Maladie de connaissance récente puisque Cushing l'identifiant en 1929, l'arachnoïdite opto-chiasmatique, l'une des pourvoyeuses de la cécité, bénéficie grandement mais *non toujours* des secours de la neuro-chirurgie. Devant une telle maladie le malade et son médecin doivent l'un pour accepter, l'autre pour proposer un acte chirurgical cranien, qui effraye toujours un peu, se rappeler qu'en agissant de la sorte *il n'y a rien à perdre et tout à gagner*.

Docteur J.-A. CHAVANY
médecin de l'hôpital de Bon-Secours

Les sulfures alcalins dans le traitement des Pityriasis du cuir chevelu. Leurs inconvénients sur la chevelure féminine

Les sulfures alcalins peuvent être utilisés dans le traitement de la séborrhée huileuse de tous sièges et ils n'y sont pas sans résultats. Néanmoins leur indication y est bien moins absolue que dans les pityriasis secs ou gras du cuir chevelu où ils ont une action remarquable.

Les préparations suivantes d'un usage courant :

Sulfure de potasse	1
Teinture de benjoin..................	1
Eau distillée........................	100

ou :

Polysulfure de potasse...............	5
Teinture de benjoin..................	10
Eau distillée........................	250

sont d'un emploi facile. Il suffit d'en imprégner légèrement le cuir chevelu, raies par raies, avec une boulette d'ouate hydrophile.

Très rapidement, elles nettoient un cuir chevelu pityriasique, mais elles doivent être continuées par intermittences en raison du caractère récidivant des états pelliculaires du cuir chevelu.

Mais si ce traitement n'est pas à déconseiller pour les hommes dont les cheveux sont coupés fréquemment, on ne pourrait en dire autant pour le traitement du cuir chevelu pityriasique féminin.

D'abord les lotions sulfureuses même faibles, quand on les répète, décolorent les cheveux. Les femmes se plaignent que leur nuance ne cesse de « s'éclairer » selon leur expression et qu'elles ont l'air de se teindre.

Les cheveux sont en effet inégalement décolorés.

Ensuite ces lotions cassent les cheveux. Les patientes se plaignent également que toutes les fois qu'elles se peignent le démêloir dont elles se servent est couvert de tronçons de cheveux. C'est exact. Tous les cheveux sont inégaux et brisés au tiers ou au milieu de leur longueur. Si les sulfures alcalins en effet dissolvent l'épiderme corné qui constitue les pellicules, ils atteignent aussi l'épidermicule du cheveu, revêtement corné qui fait le cheveu soyeux et alors celui-ci a l'apparence d'un crin végétal. Ils désagrègent les cellules corticales du cheveu qui perd toute résistance et se casse à la moindre traction. Il y a de gros cheveux qui ne montrent leur fragilité qu'après un an, tandis que pour les cheveux fins leur résistance est diminuée au bout de trois mois.

En réalité, on a conseillé pour les pellicules un médicament local qui est un dépilatoire. On sait, en effet, que la plupart des dépilatoires sont à base de sulfures alcalins.

Il faudra six mois et même davantage avant que la chevelure soit reconstituée et avant que les cheveux n'aient repris leur vraie couleur et leur aspect soyeux.

Enfin les sulfures alcalins dégagent une odeur nauséabonde et persistante. Certes les solutions de soufre octaédrique dans le sulfure de carbone, si utiles dans le traitement de la séborrhée, sont également malodorantes, mais pendant un temps très court.

Que faire en présence d'une chevelure ainsi ravagée par les sulfures alcalins.

Tout d'abord essayer de tirer le meilleur parti des cheveux détériorés et ensuite faire cesser le traitement en cours pour le remplacer par un autre aussi efficace et sans aucune action nocive pour la chevelure.

Dans le premier cas, conseiller l'usage de brillantines qui pourront empêcher la cassure des cheveux qui ne sont pas encore très traumatisés.

Quelques gouttes de la préparation suivante :

Huile de vaseline	10
Huile de ricin	10
Essence de cèdre	10
Œillet synthétique	q. s.

réparties sur le poil d'une brosse douce, donne aux cheveux un brillant remarquable.

La brillantine suivante, plus fluide, vaporisée sur la chevelure donne également de bons résultats :

Huile de ricin	10
Acétone	5
Ether sulfurique	20
Alcool à 85°	65
Parfum	q. s.

On remplacera ensuite l'usage des sulfures alcalins par le goudron de cade.

Huile de cade	10
Lanoline	10
Vaseline	10
Ichtyol	1
Acide salicylique	1

en ajoutant un gramme de soufre précipité si les pellicules sont grasses et autant d'acide pyrogalique si elles sont très épaisses.

Cette pommade sera appliquée trois fois la semaine le soir, par massage dur, raies par raies, avec un seul doigt. Aussitôt après l'application, on en essuiera l'excès avec un linge fin.

Chez la femme, on fera un savonnage par semaine. Chez l'homme, on savonnera le cuir chevelu le lendemain de chaque application de pommade.

Au bout de trois semaines, l'usage de la pommade sera hebdomadaire, mais trois fois la semaine, on frictionnera le cuir chevelu, raies par raies, pendant quatre minutes avec une brosse à dent demi-dure mouillée de la lotion suivante :

Liqueur d'Hoffmann q. s. p.	300
Coaltar saponiné	10
Acide salicylique	1
Nitrate de potasse	0,50
Eau distillée	50
Alcoolat de lavande	20

Maurice PIGNOT

BIBLIOGRAPHIE

Syndromes et maladies, par Noël FIESSINGER. Un volume de 530 pages avec 530 figures, 210 francs. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu). Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

J'ai voulu, écrit le Professeur Noël Fiessinger dans sa préface, mettre au point certains sujets de clinique que je classe en « Syndromes et maladies ». La clinique courante conserve sa variété inépuisable qui permet de faire voisiner des syndromes fréquents avec des maladies rares, d'affronter les faits d'intérêt doctrinal avec les conseils d'application pratique. »

Cette étude de syndromes et de maladies, qui s'étend plus spécialement au foie, au sang et aux glandes endocrines, représente une somme considérable d'efforts accomplis à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu par le Professeur Fiessinger et ses élèves. On y trouve tout ce que présente de vivant, de mobile et de particulier, l'étude du malade dans sa réalité et sa complexité.

Vitamines et carences alimentaires, par Georges MOURIQUAND Un volume de 462 pages avec 65 hors-texte en héliogravure. Prix : 60 francs. Editions Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris (XIV[e]).

L'auteur s'est attaché, en grande partie d'après ses propres travaux, à montrer — ce qui donne une note originale à ce livre — les problèmes posés, du point de vue scientifique et pratique, par l'étude de chaque vitamine, au moins de celles dont la médecine et l'hygiène d'aujourd'hui ont à connaître.

Sans tout citer, soulignons du point de vue biologique et humain l'importance des chapitres relatifs aux *hormones et vitamines*, à la recherche de l'équilibre alimentaire dans la *ration des jeunes*, des vieillards, au *problème du pain*, si discuté, à celui des *conserves* dont les ménagères savent l'urgence, à celui des *rapports de l'alimentation avec les diverses activités sportives et intellectuelles*, à la lutte contre le froid par l'aliment. La question des aliments de remplacement soulève le redoutable problème de *l'alcool aliment*, dont la Ftance pourrait mourir, et celui, complémentaire, opposant les calories alimentaires aux calories toxiques.

Les *carences coloniales* ne sont pas oubliées.

Enfin l'auteur évoque, avec quelque ironie, cette « *mystique des vitamines* » qui peut conduire à des conceptions diététiques absurdes.

Le livre rappelle ensuite les divers besoins alimentaires de l'adulte, de la femme enceinte ou nourrice, de l'enfant aux différents moments de sa croissance. Il se termine par de nombreux tableaux indiquant *à quels aliments demander telle ou telle vitamine*.

L'intoxication oxycarbonée. *Etude clinique et thérapeutique*, par Charles FLANDIN et Jean GUILLEMIN. Un volume de 156 pages, avec 10 figures, 34 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

On trouvera dans cet ouvrage, à la suite d'un court rappel des propriétés de l'oxyde de carbone et du mécanisme de l'intoxication, une étude des différentes formes cliniques des accidents.

Quant à la question capitale du traitement de l'intoxication, les auteurs lui ont réservé une large place.

Un chapitre concernant la prophylaxie de l'intoxication termine l'ouvrage.

Volvulus de l'estomac,, par C.-B. UDAONDO et P. A. MAISSA. Un volume de 190 pages avec 57 figures, 80 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

De nombreux travaux épars signalaient bien des cas de volvulus, mais on ne possédait pas d'exposé d'ensemble.

Grâce à leurs observations personnelles faites au dispensaire National des maladies de l'appareil digestif (Buenos-Ayres), ces auteurs ont réussi à mettre sur pied une monographie bien homogène sur le volvulus de l'estomac.

De la lecture de ce travail, ressort l'importance primordiale de l'examen radiologique pour établir le diagnostic des volvulus gastriques.

INFORMATIONS

Facultés — Écoles — Enseignement

Académie des Sciences. — Le Professeur Léon Binet vient d'être élu à l'Académie des Sciences, en remplacement de d'Arsonval. Le Professeur Binet est âgé de 51 ans.

Loi instituant une limitation du nombre des étudiants en médecine. — Le *Journal Officiel* du 27 octobre a publié une loi instituant une limitation du nombre des étudiants admis à s'inscrire en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Le ministre de l'Education nationale arrête, chaque année, en tenant compte des besoins prévisibles, après avis du secrétaire d'Etat à la Santé et du Conseil national de l'Ordre des médecins, le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine dans chaque faculté ou école.

Le contingent attribué à chaque faculté ou école sera fixé d'après le nombre des étudiants ayant obtenu dans la même université, le certificat exigé par l'article 2 du décret du 6 mars 1934, au cours de l'année scolaire précédente.

La présente loi sera appliquée à partir de l'année scolaire 44-45. Pour l'année scolaire 43-44, le nombre des étudiants admis à s'inscrire dans chaque faculté ou école, tant en première qu'en deuxième année, ne pourra dépasser le nombre des étudiants qui ont été inscrits au début de l'année scolaire 37-38.

Clinique médicale (Hôpital Bichat. Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot). — *Leçons sur des sujets médicaux d'actualité.* — Une série de conférences sera faite le mercredi à 10 h. 45.

Programme des conférences : 25 novembre, M. Jean Rostand : Les hormones dans les phénomènes biologiques. — 2 décembre, M. Bernard Fey : Opportunité des interventions chirurgicales dans les néphrites. — 9 décembre, M. Gouverneur : Opportunité des interventions chirurgicales dans les néphrites. — 16 décembre, M. L. Michon : Opportunité des interventions chirurgicales dans les néphrites. — 23 décembre, M. Bezançon : La notion de poussée évolutive en tuberculose pulmonaire. — 6 janvier 1943, M. L. Nègre : Les techniques nouvelles de vaccination par le B. C. G. — 13 janvier, M. L. De Gennes : Les syndromes hypophysaires. — 20 janvier, M. L. De Gennes : Les syndromes hypophysaires (*suite et fin*). — 27 janvier, M. F. Nitti : Mode d'action de la chimiothérapie antimicrobienne par les sulfamides. — 3 février, M. Achille Urbain : L'encéphalomyélite des équidés. Sa propagation à l'espèce humaine. — 10 février, M. Dérot : Le diabète simple et les états « paradiabétiques ». — 17 février, M. Dérot : L'acidose diabétique.

Cours libre d'antropo-biologie, par M. le Docteur René Martial. Ce cours commencé le vendredi 6 novembre 1942, à 18 heures, salle de thèses n° 2, continue les lundis et vendredis à la même heure.

I. — 1. Patrie, race, enseignement. — 2. Eléments de paléogéographie. — 3. Aperçu de linguistique. — 4. Toponymie directe. — 5. Les primordiaux : Caucase et Asie Mineure. — 6. Les Basques et les ligures. — 7. Primordiaux et immigrants : les Celtes. — 8. Les Celtes et la conquête romaine. — 9. La langue latine, la langue basque. — 10. Premiers éléments de psychologie ; les Balkans. 11. Ukraïniens et Polonais. La latinisation. — 12. Les Mongols et l'Occident. — 13. L'arbre français : racines et greffes. — 14. Arabes et Vikings. — 15. Greffes et boutures normandes. Les Irlandais

II. — 16. Les crânes et leurs lois. — 17. Les groupes du sang, des humeurs et des tissus. — 18. Hérédité mendelienne. — 19. Hérédité symbiotique. — 20. Hormones. Formules sanguines et frontière des sangs. — 21. Constance, dépistage. Tache mongolique. Métissage, corrélation. — 22. Généalogies privées et historiques saines. — 23. Elevage. Lois des croisements. — 24. Métissage humain. — 25. Le choc des hérédités. Observations de généalogies malades. — 26. Psychanalyse. La race-résultat et ses lois.

III. Applications. — 27. Criminologie, pathologie. — 28. Protection de la race. Sélection. Transfusion de sève. — 29. Croisement de retrempe. Natalité. — 30. Prophylaxie démographique. Code de la famille. Législation. — 31. Naturalisations. Patronymes. Législation de l'immigration. — 32. Le caractère (Japon), l'aristocratie et les chefs.

Clinique médicale de l'Hotel-Dieu (Professeur : Noël Fiessinger). — *Les conférences du dimanche.* (Amphithéâtre Trousseau, à 10 heures). — « *Pathologie de confins. Collaboration médico-chirurgicale* » : 22 novembre 1942 : Hernies discales (M. Alajouanine, M. Petit-Dutaillis). — 29 novembre 1942 : Péricardite constrictive (M. Guy Ledoux-Lebard, M. Patel). — 6 décembre 1942 : Abcès du poumon (M. Jean Fauvet, M. Mathey). — 13 décembre 1942 : Accidents gravido-cardiaques du rétrécissement mitral (M. Lian, M. Digonnet). — 20 décembre 1942 : Cholécystites chroniques (M. Fiessinger, M. Brocq). — 10 janvier 1943 : Hyperthyréose : (M. Sainton, M. Welti). — 17 janvier 1943 : Cancer gastrique au début (M. Guy Albot, M. Jean Gosset). — 24 janvier 1943 : Cancer du colon (M. Jean Rachet, M. Gaudart d'Allaines). — 31 janvier 1943 : Tuberculose cavitaire (M. Ameuille, M. Wilmoth). — 7 février 1943 : Abcès du cerveau (M. Fr. Thiébaut, M. Clovis Vincent).

NÉCROLOGIE

A. Tournade. — A l'heure même où il allait donner au Muséum un enseignement attendu, notre collègue Tournade meurt subitement en pleine santé apparente d'un accident cardiaque.

C'est un de nos plus éminents physiologistes qui disparaît, en même temps qu'un bel esprit et un grand cœur.

Alfred Tournade était né en 1880. Il fit ses études à Lyon. Docteur en médecine en 1903, il fut pendant deux ans moniteur d'anatomie pathologique. C'est à Lyon, au début de sa carrière, qu'il apprit de Regaud la technique même de l'histologie. Très rapidement il s'orienta vers la physiologie. Ses premiers travaux, même microscopiques, ont déjà trait aux modifications fonctionnelles et structurales du testicule consécutives à l'interruption du déférent.

Bientôt nommé au concours, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à Reims, il y reste quelques années et revient à Lyon comme chef des travaux de physiologie. Il est ensuite agrégé à Toulouse, professeur à l'Ecole à Marseille et enfin à la Faculté d'Alger où il reste de nombreuses années. Il y fit école et son nom nous parvenait grandi d'au delà de la Méditerranée. Les professeurs du Muséum l'y allèrent chercher pour la chaire de physiologie de Flourens et de Claude Bernard.

Les travaux de Tournade en physiologie et en médecine expérimentale sont considérables. Ils s'échelonnent de 1918, époque où il revint de la guerre, à 1942. La plupart ont été réalisés par l'emploi très large de la méthode des anastomoses vasculaires entre les animaux de même espèce dont il publia, en 1921, avec Chabrol, la technique qui fit grand bruit et qui se répandit dans tous les laboratoires.

Cette méthode inaugurée il y a plus d'un siècle par Bichat, « d'exécution simple doit être, disait-il, mise en œuvre de préférence à « toute autre chaque fois qu'on se propose de discerner et de préciser « dans le jeu normal ou troublé des fonctions organiques la part qui « revient à des actions nerveuses et humorales intriquées ». Elle doit à sa précision, son objectivité, un intérêt très vif qui est loin d'être épuisé.

C'est en partie grâce à elle qu'il étudie, à l'exemple d'ailleurs de Frédéricq et de Hédon, la loi fondamentale de régulation de la pression artérielle. C'est par le rein irrigué qu'il précise le rôle des réactions vasomotrices dans la sauvegarde du niveau humoral. L'expérience capitale, exécutée avec l'anastomose surrénalo-jugulaire, lui montre que le nerf splanchnique est hypertenseur par le double mécanisme nerveux et adrénalino-sécréteur, le nerf déléguant pour ainsi dire à l'hormone le pouvoir de déclencher toutes les actions physiologiques qu'il sait lui-même susciter directement. Ce premier exemple de transmission humorale de l'excitation marque une date en physiologie. Répondant au scepticisme de Gley, Tournade prouve irréfutablement la réalité de l'adrénalinémie physiologique chez le chien décapsulé qui reçoit le sang d'un chien normal. Puis viennent l'étude de la sensibilité vasculaire expliquée par la découverte de Hering et aussi celle des poisons qui provoquent l'adrénalino-sécrétion, l'interprétation de la syncope adrénalino-chloroformique et nicotino-chloroformique ; d'autres études encore sur les réactions vasculaires au cours de divers états morbides, l'intoxication tabagique expérimentale, la curarisation thermique, sur l'intermédiaire chimique dans la commande nerveuse ; d'autres enfin sur l'hémilangue innervée ; la physiologie de l'effort et l'orthostatisme, sur l'essai et le titrage de plusieurs drogues connues. On peut juger de l'importance de ses recherches, si ingénieuses et si précises, par l'influence qu'elles exercent encore actuellement sur la physiologie et sur la médecine.

Tournade était membre de la Société des Hôpitaux de Lyon, président de la Société de médecine d'Alger, correspondant de notre Société de Paris où il donna la primeur de presque tous ses travaux.

C'était un homme timide mais décidé, discret mais ardent, franc mais enthousiaste. Il avait des réactions vives et un peu rudes parce qu'il avait une grande droiture et une grande sincérité.

Il servit son pays pendant la guerre avec passion et son courage et son esprit d'organisation lui valurent trois citations dont une avec palme.

Son désir, en prenant possession cette année de la chaire du Muséum était de s'inspirer de l'exemple de ses illustres devanciers, de consacrer toute son activité aux recherches originales, d'utiliser le riche outillage et les immenses ressources d'un établissement unique au monde pour aborder les grands problèmes de la botanique et de la zoologie, l'étude pharmacodynamique de multiples plantes indigènes ou coloniales, pour mettre en un mot la recherche scientifique en action et son dynamisme au service de la science et de son pays. La fatalité ne voulut point qu'il accomplit son programme et terminât son œuvre.

La science déplore la perte d'un grand physiologiste et la Société de Biologie s'incline devant un de ses membres qui lui firent le plus honneur.

Tournade laisse à sa famille un nom qui ne sera point oublié.

J'exprime à Mme Tournade et à ses enfants nos condoléances émues et je les assure de notre grande sympathie dans le malheur qui les frappe si brusquement et si douloureusement.

M. Loeper.

ECHOS & GLANURES

Pour les Ecoles de médecine. — On annonce une réforme des études médicales. J. Crinon en prend occasion pour démontrer l'intérêt qu'il y aurait à perfectionner nos Ecoles de médecine et à leur confier la première formation du médecin (*Informateur Médical*, 20 septembre 1942).

« Les écoles, écrit-il, ont toujours accepté avec empressement d'enseigner les rudiments de la médecine et si les Bretonneau, les Dupuytren, les Vulpian et tant d'autres pouvaient aujourd'hui faire leur plaidoyer, celui-ci serait plus éloquent que le nôtre, car si on peut paraphraser facilement les médiocres, on ne peut emprunter le langage de ceux qui sont grands par la culture.

Il n'est besoin, toutefois, que d'un peu de franchise et de bon sens pour convenir du rôle bienfaisant que joueront les écoles de médecine si les Facultés ne revendiquent pas le monopole d'un enseignement qu'elles ne donnent, le plus souvent, qu'avec une solennité qui en cache les imperfections.

Le grande réforme qu'on attendrait d'une commission qui se donnerait mission d'améliorer l'enseignement médical serait donc d'y faire la part belle au pragmatisme pour donner à la société les praticiens honorables et compétents qu'elle mérite et de prévoir la sélection d'une élite qui s'adonnerait aux recherches ».

L'incorruptible Société Royale de médecine. — La Commission des spécialités pharmaceutiques qui fonctionne au ministère de la Santé publique n'est pas une nouveauté. Elle existait déjà au XVIIIe siècle et ne fut pas une des créations les moins utiles de la Société Royale de médecine. Instituée en 1778, elle lutta activement contre les vendeurs de remèdes secrets qui, jusqu'alors trouvaient des appuis un peu partout, même auprès du premier médecin du roi.

Si l'on en croit Grimm « tout coquin qui payait grassement était sûr d'avoir une permission du premier médecin Sénac, délivrée par sa femme, pour vendre et débiter par tout le royaume des drogues souvent funestes à la santé du peuple ».

La Commission fit cesser en grande partie cet état de choses qui valait à Mme Sénac « tous les ans plus de cent mille livres de rente ».

Du 17 octobre 1780 au 21 juillet 1789, elle avait été saisie de 442 demandes d'autorisation. Elle en accorda 100 et en refusa 342.

Sollicitée de divers côtés, aussi bien par le chaudronnier qui veut faire breveter un nouvel étamage de son invention, que par le parfumeur qui ambitionne de voir un aréopage de médecins approuver son eau de pucelle ou que par un menuisier qui a inventé un nouveau système de « lieues à l'anglaise », la Société Royale ne se borne point à refuser les autorisations demandées ; elle prononce des interdictions et ne manque pas, toutes les fois que faire se peut, de prévenir le public par des avis insérés dans les journaux, de l'inutilité ou du danger de tel médicament.

Mais il lui fallut encore lutter contre bien des sollicitations venues parfois de grands personnages (Mme Lavoisier fut de ceux-là) et contre tous ceux qui prétendaient obtenir avec des « pots de vin » l'autorisation demandée.

Et ce genre de propositions ne manquait pas. C'est un particulier, Evrard des Cœurs qui, résidant à Dortan-en-Bugey, annonce un petit cadeau quand il aura reçu l'autorisation sollicitée.

« Je me réserve, écrit-il à Vicq d'Azyr, si cela vous fait plaisir, étant dans un pays de bonne truite, de vous en faire passer une caisse par la diligence de Lyon ». Une autre fois, c'est un apothicaire de Mortagne qui, pour reconnaître le prix de l'honneur qu'on lui a fait en autorisant une de ses recettes, envoie à Vicq d'Azyr une des choses les plus rares de son pays : « une caisse des plus belles pommes de reinettes blanches, qu'il a fait choisir à 12 lieues de chez lui » ; à ce « petit cadeau de la plus respectueuse reconnaissance », Vicq d'Azyr reste insensible et note sur la demande : « refusé son présent ».

Lassone en fait de même pour le sieur Roberty qui demande le privilège de distribuer dans le royaume une poudre purgative. Après avoir signalé dans son rapport que cette poudre est un mélange de purgatifs les plus usités et les plus connus, il ajoute :

« Pour m'engager à être favorable à l'obtention dudit privilège, le sieur Roberty m'a fait présent d'un Voltaire in-4° comprenant 18 volumes en attendant des marques d'une plus vive reconnaissance.

Après avoir rendu l'ouvrage au dit sieur et l'avoir dispensé de sa reconnaissance, je conclus que, par rapport à l'inutilité de la poudre, à l'abus qui en proviendrait si la vente en était permise et à l'impertinence du procédé à mon égard, ledit sieur Roberty devrait être débouté de sa demande ».

En tête d'une demande présentée par Benoit, marchand parfumeur, qui sollicite l'autorisation de vendre une poudre cosmétique, les commissaires ont inscrit : *refusé sa caisse*. L'offre cependant était aussi alléchante que curieuse par son orthographe :

« Je vous supplie de vouloir bien accepter une petite caisse de six bouteilles de liqueur duille danis des aindes quatre bouteilles duille de geroflé, deux bouteilles de crème des Barbades. Le tout est de ma fasson. Je souette que vous les trouviée bounes jennait fait beaucoup en ma vie et toutes les personnes qui en ont fait usage les ont toujours trouvée bonne. Celle cy ont au moins douze ans et c'est une bonne qualité dans cette marchandise ».

A côté de ces cadeaux en nature, de ces « bouteilles de vin de dessert » qu'un Desmonceaux de Villeneuve offrait à Vicq d'Azyr, sous prétexte qu'il ne les venir boire chez lui, d'autres offraient des présents plus monnayables comme « un petit bouquet de 25 louis », sans plus de succès d'ailleurs. A cette époque, pourtant si villipendée, il y avait encore des honnêtes gens.

Capture et destruction des corbeaux, pies et autres oiseaux nuisibles aux récoltes. — Le sujet n'est pas très médical, mais, comme il a été traité à l'Académie de médecine (27 octobre) par M. Daude, pharmacien de la Gironde, on peut lui faire place dans un journal de médecins. Et, en ces années de disette, les médecins sont, comme tout le monde, obligés de *veiller au grain* !

Des oiseaux variés font des prélèvements considérables sur nos semailles et nos récoltes. Voici un moyen de supprimer ce pillage, intolérable dans les circonstances actuelles.

La méthode consiste à provoquer un engourdissement, une paralysie des sujets, au moyen d'un anesthésique insensibilisant bien connu des expérimentateurs : le glucochloral ou chloralose.

TECHNIQUE. — Prendre des graines quelconques : blé, maïs, orge, millet, pois. Les placer dans un récipient : boîte métallique ou cartonnée à couvercle fermant bien. Ajouter le glucochloral à raison d'une cuillerée à café par 150 grammes de graines. Fermer. Agiter. L'appât est prêt quand les graines sont recouvertes d'une poussière blanche.

On se transporte alors dans les terrains visités par les prédateurs et, ouvrant la boîte, on en laisse tomber les grains enrobés sans les toucher avec les doigts.

On s'éloigne et l'on attend vingt minutes après l'apparition d'un corbeau ou d'une pie sur le terrain.

Au bout de ce temps, on s'avance et l'on ramasse les oiseaux somnolents ou incapables de se sauver. On peut, soit les détruire, soit les enfermer.

RÉSULTATS. — Les oiseaux restent vingt-quatre heures sous l'influence du narcotique ; souvent, en hiver surtout, ils meurent de froid. S'ils résistent, ils se réveillent, titubent et peuvent se remettre.

En mars 1940, au cours d'un essai dans l'est de la France où des nuées de corbeaux et de pies s'abattaient sur les champs enneigés, 60 furent récoltés en une heure de chasse. 10 moururent et les autres durent être tués après le réveil qui eut lieu quatorze heures après l'ingestion des graines hypnotiques.

REMARQUE. — Les corbeaux pris à un endroit donné — avec un appât quelconque — semblent laisser sur cet emplacement un indice de leur malaise, car leurs congénères évitent cet endroit pendant quelque temps. Donc, varier les lieux de chasse.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE. — Elle permet la capture et le contrôle de la destruction. Elle est propre, hygiénique, sans danger.

Point de cadavres dispersés partout pouvant à leur tour, s'ils sont dévorés, entraîner la mort d'animaux domestiques. Les effets sur les poules et les pigeons ne sont pas à craindre si l'on prend des précautions. Les poules mettent dix minutes à s'endormir et restent seize heures insensibles avec crête rouge, respiration rapide, langue vibrante Les pigeons, après ingestion de 8 à 10 graines de maïs, tombent en narcose. Les uns et les autres se remettent fort bien si on les tient au chaud et si on leur fait ingérer du café (deux cuillerées à café en une heure).

Le glucochloral n'est pas coûteux, surtout si l'on utilise le produit non chimiquement pur.

Le grain est plus difficile à se procurer, mais précisément la méthode n'exigeant aucun arsenal industriel est à la portée de tout cultivateur soigneux qui pourra utiliser à cet effet les grains détériorés sans nuire au ravitaillement général.

L'utilisation industrielle des cadavres humains. — L'idée n'en est pas nouvelle. Elle fut mise à exécution à certaines périodes de l'histoire. Parent-Duchatelet n'a-t-il pas raconté que les chandelles employées pour illuminer la Faculté de médecine, lors du mariage de Napoléon et de Marie-Louise, avaient été fabriquées avec la graisse prélevée sur les cadavres des salles de dissection !

Mais la suggestion que fait un lecteur du *Fureteur* (mars 1942) vise une plus large utilisation. Qu'on en juge :

« On a publié, il y a quelques années, dans le *Lyon médical*, le projet émis vers 1785, par Roland de la Platière, d'utiliser industriellement les cadavres humains, projet qui avait suscité un gros scandale dans les Académies de Lyon et de Villefranche, dont Roland était membre.

Dans les graves circonstances actuelles qui exigent impérieusement de ne rien laisser perdre de tout ce qui peut être utilisé, le projet de Roland pourrait-il être repris sous une forme admissible, par exemple en ne conservant ou en n'inhumant qu'une partie symbolique de la dépouille mortelle (cœur ? main gauche ?) et en utilisant industriellement le reste, sous condition de prendre toutes précautions de discrétion et de correction désirables ?

Etant donné qu'il faut défalquer du poids brut les deux tiers représentés par de l'eau, il reste 25 à 30 kilogrammes de substances organiques (graisse, chair) et minérales (os, etc.), par cadavre, soit environ 30 à 10 millions de kilogrammes par an pour la France entière. L'incinération, qui détruit toutes les matières organiques, est déjà pratiquée fréquemment en France ; elle était ou est encore d'un usage général dans plusieurs pays et certains peuples (Japonais, etc.) conservent et vénèrent chez eux les restes de leurs défunts sous forme d'une poignée de cendres enfermées dans un coffret. En France même, nombreux sont les édifices publics (églises, etc.), et même les domiciles particuliers où l'on conserve des reliques ou des fragments de la dépouille mortelle, soit des personnages célèbres, soit des proches parents de la famille. Il ne s'agirait donc que de généraliser ces cas exceptionnels.

Que pensent de cette idée hardie les lecteurs du *Fureteur*, en se rappelant que nécessité n'a pas de loi, et en considérant que, dans les circonstances présentes, toute question de sentiment ou de tradition doit, dans l'intérêt national, passer au second plan ? »

Jusqu'ici aucun lecteur du *Fureteur* n'a répondu.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les hématuries prémonitoires des cirrhotiques

Par MM. Étienne CHABROL, M. CACHIN et H. TÉTREAU

Si l'hématurie est un symptôme relativement fréquent au cours des affections ictérigènes qu'engendrent les parasites du paludisme, les germes anaérobies, la spirochétose, le virus amaril, elle se présente comme un accident d'exception dans le vaste domaine des cirrhoses du foie.

Gilbert et Villaret n'en relatent aucun exemple personnel dans la description minutieuse qu'ils nous donnent des troubles urinaires au cours des hépatites scléreuses ; Fiessinger et Varay n'en parlent pas davantage dans leur étude du rein des cirrhotiques. La seule indication bibliographique, que nous ayons pu glaner à son sujet, nous a fait feuilleter sans succès les bulletins de la Société de chirurgie de Lyon (1), où une communication de Rochet aurait eté le départ d'une discussion, dans laquelle seraient intervenus Bard et Santy.

Nous devons donc nous étonner que la loi des séries, dont la clinique est si volontiers coutumière, nous ait permis de réunir en une seule année cinq observations de cet accident rarissime. En les exposant brièvement, nous essayerons de dégager l'intérêt séméiologique qu'il convient d'accorder à ce signe d'exception.

* * *

Il est d'abord un groupe d'hématuries qui surviennent durant l'évolution d'une cirrhose du foie, mais que l'on ne peut, en bonne logique, rapporter à ce facteur. N'est-il point paradoxal de voir un cirrhotique, porteur d'une ascite, dissimuler derrière ses urines rouges une maladie d'Osler ou un polype de la vessie ? La clinique se joue de ces juxtapositions, comme le prouvent les deux observations suivantes.

(1) Hématuries graves au cours d'une cirrhose du foie. Victor Rochet. Soc. de chir. des hôp. de Lyon, 3 décembre 1926. Discussion : Bard et Santy, cité par Villaret et J. Besançon in *Nouveau traité de medecine*, tome XVI, page 461, Masson.

OBSERVATION I. *Hématurie d'Osler chez un cirrhotique.* — Notre premier malade, âgé d'une cinquantaine d'années, avait déjà subi trois ponctions d'ascite en l'espace de six mois, lorsque nous remarquâmes la teinte anormale de ses urines. Nous pensâmes un instant que leur couleur saumonée était le reflet de cet hémaphéisme dont la nature intime n'a pas été élucidée depuis les travaux de Gubler et que l'urobiline et le pigment rouge-brun ne suffisent pas à expliquer ; mais il fallut bien vite se rendre à l'évidence : les urines prenaient certains jours une teinte rouge-cerise et l'acide nitrique y faisait apparaître un important coagulum d'albumine, ne laissant aucun doute sur la présence du sang. Bien que le malade n'accusât aucune douleur lombaire et qu'on ne découvrit aucune manifestation prostatique, nous crûmes utile de le soumettre à l'examen du Prof. Marion qui remplaçait alors le regretté Grégoire à l'hôpital Saint-Antoine : l'exploration de la vessie ne permit point de saisir les hémorragies à leur source.

C'est alors que nous fûmes orientés vers une autre hypothèse : cet homme avait depuis son entrée une fièvre modérée, oscillant autour de 38°, qu'aucune radiographie du thorax n'avait permis d'interprêter. Nous expliquions ce symptôme, assez banal chez un cirrhotique, en incriminant la dégénérescence glandulaire du foie, lorsqu'un jour nous fûmes surpris de découvrir à l'auscultation du cœur un souffle systolique, siégeant à la pointe et irradiant vers l'aisselle : souffle systolique, fièvre, hématurie, ne s'agirait-il pas d'une maladie d'Osler ? Une hémoculture positive fixa le diagnostic. Le sang de notre malade renfermait un streptocoque que Duchon put identifier comme une variété de *streptococcus viridens*. Cet homme avait greffé une endocardite à marche lente sur le tableau banal d'une cirrhose du foie. Nous n'avons pu, dans la suite, pratiquer l'examen anatomique de ses reins.

OBSERVATION II. *Hématurie par polype vésical chez un cirrhotique.* — Notre deuxième cirrhotique, atteint d'hématurie, était âgé de 51 ans lorsqu'il entra à Saint-Antoine, le 15 mai 1941, pour une ascite discrète que nous vîmes augmenter progressivement jusqu'à la date du 15 juillet, où il fallut pratiquer la première ponction. Durant les premiers mois, le pronostic parut sévère : le malade n'urinait que 500 grammes en 24 heures. A trois reprises, il fallut renouveler les paracentèses, le 15 juillet, le 28, le 20 août, pour retirer successivement 10 litres, 8 litres et 10 litres de liquide. Fort heureusement, sous l'effet du repos, du régime lacté et de l'opothérapie hépatique quotidienne, la diurèse se déclencha dans les premiers jours de septembre ; le malade urina un litre 500 puis 2 litres en 24 heures, si bien que dans les six mois suivants nous pûmes nous dispenser de pratiquer une quatrième ponction. Il convient de noter que le foie de ce malade était légèrement hypertrophié et que nous n'avons jamais observé chez lui de subictère.

C'est au moment même où la diurèse se rétablissait, dans le cours de septembre 1941, que l'hématurie a fait son apparition. Elle n'a pas cessé de se manifester depuis cette date. Rouge cerise ou discrète, reconnaissable à l'aspect moiré du bocal d'urines, toujours définie histologiquement, elle entretient par sa continuité une anémie dont la numération globulaire nous donne la mesure :

FEUILLETON

LE MONDE MÉDICAL PARISIEN IL Y A CENT ANS (1)

Les sociétés médicales

Pour compléter cette esquisse du monde médical tel qu'il était il y a un siècle, il nous faut donner quelques renseignements sur les sociétés professionnelles qui existaient alors et dont deux au moins sont encore bien vivantes aujourd'hui.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'Académie avec sa mission officielle de conseillère du gouvernement. Nous lui avons consacré assez de développements pour la laisser de côté.

Par rang de date, la plus ancienne de ces réunions confraternelles est la Société de médecine de Paris qui s'appelait antérieurement Société de Santé et qui s'était donnée pour but le perfectionnement des Sciences médicales. Après avoir eu les domiciles les plus variés, elle avait fini par s'installer à l'Hôtel-de-Ville. Elle avait été fondée le 2 germinal an IV (22 mars 1796) par Corvisart, Hallé, Desgenettes, Fourcroy, Boyer et Leclerc.

Elle publiait, au début, le compte-rendu de ses séances dans le *Journal général de médecine*, mais celui-ci avait cessé de paraître en 1830. Les journaux professionnels d'alors ne parlent pas beaucoup d'elle. On sait seulement qu'on y donnait des consultations gratuites qui étaient très suivies. Si elle ne fut peut-être pas la plus brillante des Sociétés de cette époque, malgré qu'elle comptât dans son sein de très éminents praticiens et même quelques professeurs, ce fut la plus résistante aux ravages des ans, puisque nous la voyons fonctionner encore aujourd'hui sous une forme nouvelle, après avoir absorbé deux de ses rivales le plus connues d'alors (1).

(1) Voir : *Progrès Médical*, 10 et 24 janvier, 10 et 14 avril, 10 septembre, 10 octobre 1942.

Après elle, et de quelques mois seulement sa cadette, vient la Société médicale d'émulation de Paris, laquelle est le groupement scientifique le plus renommé du temps. L'idée première en revient à Bichat qui voulait, d'après Bricheteau, « former une association peu nombreuse dont les séances, consacrées seulement à des discussions verbales, aurait offert (au médecin) l'avantage de trouver dans les lumières de ses confrères, un moyen d'instruction ; dans leur succès, un motif d'émulation ; dans leur amitié une jouissance, au milieu des privations nombreuses qu'impose la médecine à ceux qui la cultivent ». Bichat fit auprès de Thouret, en 1796, des démarches, et le doyen de la Faculté d'alors obtint du ministère de l'intérieur l'autorisation nécessaire pour fonder cette société. Celle-ci recueillit dès le début de nombreuses et flatteuses adhésions. Larrey, Alibert, Richerand et Moreau (de la Sarthe) en furent, avec Bichat, les fondateurs. Y entrèrent quelques anciens de marque comme Pinel, Corvisart, Cabanis et Fourcroy, sans compter Thouret. A leurs côtés siégèrent les jeunes qui s'appelaient Bretonneau, Duméril, Dupuitrin (*sic*), Husson, Marc, etc...

La première séance de la Société eut lieu le 5 messidor an IV, autrement dit le 23 juin 1796, dans un local prêté par l'Ecole. La Société se réunissait les quintidis de chaque décade. Les sociétaires recevaient un jeton en argent valant conventionnellement 3 francs. Le sceau représentait une tête d'Hippocrate. Le compte-rendu des séances, publié d'abord en brochure, parut ensuite, à partir de 1832, dans la *Gazette des Hôpitaux*. Le dernier que nous ayons pu trouver est daté du 5 décembre 1874.

La troisième société médicale d'alors est la Société médico-

(1) C'est, en effet, de la fusion de la Société de médecine, de la Société médico-pratique et de la Société de médecine pratique qu'est résultée l'actuelle Société de médecine de Paris. Cette fusion fut réalisée en 1907.

Globules rouges	2.580.000
Leucocytes	3.200
(Polynucléaires : 54 %).	

Nous devons regretter que notre confiance en l'action thérapeutique de l'extrait hépatique et de la vitamine K nous ait fait retarder l'exploration bien simple qui nous a fourni la clef du mystère. Un examen cystoscopique, pratiqué le 15 décembre, nous a appris qu'aucune éjaculation sanglante n'était décelable à l'orifice vésical des uretères ; par contre l'éclairage direct a montré, au sommet du dôme vésical, une petite tumeur polypeuse et saignante. Nous avons orienté notre malade vers un service spécialisé dans le but de recourir à l'électrocoagulation ou même à une intervention plus large.

***

En regard de ces hématuries, qui surviennent au cours d'une cirrhose du foie sans dépendre en aucune manière de cet état morbide, se rangent les hémorragies urinaires que personne ne rapporte au début à la glande hépatique et qui, par la suite, s'intègrent naturellement dans le tableau de l'hépatite scléreuse. En voici trois exemples :

Chez la malade de notre observation III, l'hématurie, symptôme isolé, en impose pour une tumeur du rein et fait pratiquer une néphrectomie et c'est seulement durant la convalescence chirurgicale que le développement d'une ascite permet de reconnaître la cause réelle de l'hémorragie.

Chez un autre sujet (observation IV), la révélation hépatique est plus tardive : le malade urine du sang, mais on n'observe pas encore d'ascite ni d'ictère ; c'est au bout d'une année seulement que la jaunisse et l'infiltration œdémateuse font parler d'une cirrhose.

Enfin, dans notre observation V, l'hématurie qui s'est compliquée rapidement d'un ictère, précède de six mois un syndrome hémorragique et un anasarque.

Voilà trois ordres de faits, sensiblement voisins, sur lesquels nous croyons devoir insister avec quelques détails.

Observation III. *Hématurie prémonitoire chez un cirrhotique.* — En novembre 1940, une blanchisseuse, âgée de 59 ans, constate à plusieurs reprises que ses urines sont franchement rouges. Aucune douleur, aucun signe vésical n'accompagnent ces hémorragies dont l'origine utérine peut être écartée, cette femme ayant subi en 1930 une hystérectomie totale pour fibrome. Un mois plus tard, la malade vient consulter dans le service du Prof. Grégoire, où l'urographie fait conclure à l'amputation du calice inférieur du rein gauche ; le diagnostic de cancer du rein est porté et la néphrectomie pratiquée le 9 décembre 1940. Cependant l'examen du rein extirpé ne montre aucune tumeur ; pour expliquer les hématuries, il faut se contenter des renseignements histologiques qui se bornent à signaler une « néphrite glomérulaire subaiguë ». Lorsque la malade quitte l'hôpital le 9 janvier 1941, la convalescence paraît en très bonne voie. Mais voici qu'apparaît, quelques semaines plus tard, une brusque et énorme distension de volume de l'abdomen, nécessitant de nouveau l'hospitalisation. La malade vient alors nous trouver : le 30 janvier 1941, elle présente de toute évidence une ascite libre. Le récit de sa néphrectomie, pratiquée à l'occasion d'une série d'hématuries indolentes et répétées, nous fait d'abord envisager l'hypothèse d'une métastase cancéreuse, mais la paracentèse ramène un liquide citrin, séro-fibrineux, contenant simplement de rares placards endothéliaux ; d;autre part elle permet la palpation d'un foie très dur et la découverte d'une grosse rate de consistance également très ferme. Ce sont là autant d'arguments pour poser le diagnostic de cirrhose du foie et recueillir l'aveu d'habitudes éthyliques de date ancienne. Notons incidemment les quelques chiffres que nous a donnés durant la première semaine l'examen biologique du sang :

Bilirubine	0,066	%o
Sels biliaires	traces	
Cholestérol	1,24	%o
Acides gras non saturés	11	%o

(S. P. V.)

D'emblée le pronostic s'annonce défavorable : ni le repos, ni le régime, ni l'opothérapie hépatique ne parviennent à relever la courbe du débit urinaire, qui s'obstine à rester autour de 500 grammes en 24 heures. Seul, le neptal donne des résultats brillants et renouvelés, chez cette femme qui a subi l'ablation du rein gauche ; chaque injection veineuse est suivie d'une débâcle de 2.500 à 3.500 c. c. ; mais les succès ne sont qu'éphémères ; dès le lendemain le taux de la diurèse est retombé à 500 grammes. Les paracentèses ne tardent pas à devenir plus fréquentes ; elles s'échelonnent au nombre de 14 du 31 janvier au 29 août 1940 et donnent 8 à 16 litres de liquide en moyenne. A partir d'août, l'état général décline rapidement ; la fièvre s'allume ; la prostration s'accuse et finalement, le 13 septembre, la malade meurt en présentant le tableau de l'ictère grave des cirrhotiques.

Observation IV. *Hémorragie prémonitoire chez un cirrhotique.* — Il s'agit d'un homme de 50 ans, marchand de vins, de son propre aveu alcoolique notoire. En avril 1941, ce sujet qui jouissait d'une bonne santé apparente se met brusquement à uriner du sang rouge. L'hématurie se renouvelle à plusieurs reprises, sans douleurs, durant les semaines qui suivent. Une cystoscopie et une radiographie des reins, pratiquées à cette époque, ne fournissent aucun renseignement sur l'origine de cet accident. Puis survient une accalmie de plusieurs mois qui permet au malade de reprendre ses habitudes éthyliques. Il se croyait complètement rétabli, en février 1942, lorsqu'il contracta une congestion pulmonaire aiguë qui se compliqua au huitième jour

---

pratique. Elle offre quelques caractéristiques intéressantes. Fondée en 1805, le 2 septembre, elle aussi siège à l'Hôtel-de-Ville et cela depuis 1821. Elle distribue jetons et diplômes. Elle s'occupe « de tout ce qui se rattache à l'art de guérir, mais plus spécialement de tout ce qui a trait à la pratique proprement dite ». Elle possède, bien entendu, un bureau classique, avec président, vice-président, secrétaire, etc., mais elle invente le système des « référendaires », membres spécialement chargés de s'occuper de leurs collègues malheureux, malades, ou de la famille des décédés. « Tout sociétaire malade, disent ses statuts, est libre de désigner deux membres pour le remplacer auprès de ses malades ». Les référendaires ou les membres ainsi désignés sont tenus de le visiter chaque jour et de donner à chaque séance le bulletin de sa santé. La société possède en outre une caisse de réserve destinée à fournir aux besoins des membres fondateurs ou titulaires gênés, après enquête des référendaires. Cette caisse donne aussi des secours aux familles des membres qui viennent de décéder.

Tous les ans, lors de la fête de Saint-Côme, il y a grand repas confraternel. La société décerne chaque année, depuis 1821, une médaille d'or après concours sur une question posée par elle.

La Société de médecine pratique, qui a été fondée en 1808, a eu comme présidents Portal, Chaussier et Antoine Dubois. Elle est présidée, en 1842-1843, par Fouquier. Elle s'occupe essentiellement de l'étude pratique des maladies. Il semble qu'elle s'intéresse de préférence à la thérapeutique. Elle a inauguré une coutume qui ne serait pas déplacée aujourd'hui pour certaines de ses rivales et qu'Emile Roux, Regaud, avaient proposée à l'Académie elle-même, celle des membres honoraires presque automatiquement pris parmi les titulaires. Cette façon de faire permettait le renouvellement et le rajeunissement constant de la société.

La Société anatomique avait été fondée en 1803 par Dupuytren à l'Ecole pratique ; elle avait duré cinq ans, puis on n'avait plus entendu parler d'elle. Cruveilhier la reprit en mains en 1826. Comme son titre l'indique, elle se souciait surtout de l'anatomie et de la physiologie de l'homme sain et de l'homme malade, mais « elle prétend cependant ne pas exclure de ses recherches les autres parties de l'art de guérir ». C'est surtout une réunion d'anatomo-pathologistes qui comprend 90 membres titulaires et adjoints. Il est à signaler que le dernier président de la société (première manière) fut Laennec.

En 1832, à l'occasion de la terrible épidémie de choléra qui dévasta Paris, les médecins membres du bureau de secours du quartier du Temple se réunirent afin de mettre en commun leur expérience sur le fléau et les moyens de le combattre. Ce fut la Société médicale du Temple à laquelle adhérèrent peu à peu des personnes étrangères au quartier et même à l'arrondissement. En 1842, cette société du Temple, qui publiait aussi ses comptes-rendus dans la *Gazette des Hôpitaux*, se composait de médecins, de chirurgiens et de pharmaciens appartenant à tous les quartiers de la capitale. Ses séances étaient fort suivies.

Conjointement avec les sociétés purement scientifiques, on voit apparaître des groupements confraternels d'autre forme. Nous avons vu ce que faisait la Société médico-pratique, pour ses membres connaissant des difficultés de vie professionnelle. C'est exclusivement de ce côté de la question que s'occupe l'Association des médecins de Paris, devenue depuis lors Association des médecins de la Seine et fondée par Orfila en 1833. Cette fois c'est à une société de secours mutuels que nous avons affaire, et qui existe encore en 1942. Elle intervient, à l'époque que nous tentons d'évoquer, lorsque des questions délicates se posent, notamment devant les tribunaux, mais son grand rôle est de venir en aide à la gêne, sinon bien souvent à la misère des praticiens.

Et ceci nous ramène à cette constatation déjà enregistrée que la situation de nos confrères d'alors est aussi précaire, la plupart du temps, que celle des médecins d'aujourd'hui. Bien des choses, on l'a vu, ont changé depuis cent ans, mais la difficulté de vivre est, pour les praticiens, toujours aussi réelle. A ce point de vue au moins, rien n'est modifié.

Henri Bouquet.

d'un ictère intense et persistant. C'est durant l'évolution de cette jaunisse, le 5 mars 1942, que de nouvelles hémorragies ont fait leur apparition. Il ne s'agit plus cette fois d'hématuries, mais d'épistaxis abondantes et répétées, de gingivorragies, d'un purpura qu'accompagnent une hypoleucocytose et une granulopénie (38 % de polynucléaires). Tous ces accidents motivent notre examen : l'ictère est alors discret ; un œdème important infiltre les membres inférieurs et la paroi abdominale ; le ventre est ballonné mais il ne contient pas d'ascite ; le foie accru de consistance est nettement perceptible à un travers de main au-dessous du rebord costal ; la rate est également palpable. Tous ces symptômes, relevant d'une cirrhose hépatique, avaient été annoncés une année auparavant par une hémorragie urinaire.

Observation V. *Hématurie prémonitoire d'une cirrhose du foie.* — L'hématurie de notre dernière malade survint elle aussi brusquement au cours d'une santé générale en apparence parfaite. Une femme de 57 ans remarque un matin, en avril 1941, que ses urines sont sanguinolentes. Le médecin qui l'examine note à ce propos : « L'hémorragie est survenue sans prodromes sans que la malade éprouve d'autre malaise qu'une légère douleur lombaire. J'ai pu m'assurer que le sang venait bien de l'urèthre et qu'il n'y avait pas de lésion génitale. Au bout de quelques jours j'ai noté l'apparition de quelques taches purpuriques au niveau des jambes ; mais ces ecchymoses, de même que l'hématurie, ont disparu en moins d'une semaine ».

Ce syndrome hémorragique très discret devait être suivi un mois plus tard d'une série d'accidents hépatiques bien catalogués : une jaunisse d'abord, puis un œdème généralisé et une ascite abondante. L'ictère et l'anasarque existaient encore lorsque la malade fut admise dans notre service le 21 octobre 1941, quelques jours avant sa mort. Nous pûmes nous assurer que le foie difficile à palper répondait par la percussion au 5[e] espace intercostal et à un travers de main au-dessous des fausses côtes. Les urines, très rares et très hautes en couleur, ne renfermaient ni sucre ni albumine.

Nous devons souligner qu'à aucun moment depuis l'accident d'avril elles n'ont repris la teinte rouge de l'hématurie. Cependant la malade présentait durant la dernière semaine des saignements de nez, des hémorragies buccales, de larges ecchymoses au niveau des cuisses. Elle était somnolente une grande partie de la journée et ne se réveillait que pour donner les signes d'une confusion mentale de plus en plus accusée. A cette date ultime, l'examen biologique du sang nous a donné des renseignements bien en accord avec le fâcheux pronostic que laissait entrevoir la clinique :

Bilirubine	0,64 ‰
Acide cholalique	traces
Cholestérol	0,93 ‰
Acides gras non saturés	3,75 ‰

(S. P. V.)

* * *

C'est une curieuse coïncidence que l'hématurie de nos trois cirrhotiques ne se soit pas présentée comme un accident terminal, contemporain de la grande insuffisance hépatique. C'est un fait non moins surprenant que, lorsque ces trois sujets ont succombé avec un syndrome hémorragipare : gingivorragies, épistaxis, ecchymoses, troubles de la coagulation, agranulocytose, toujours l'hématurie ait manqué à l'appel. Ce symptôme ne s'est manifesté qu'au début de la maladie. L'hématurie de nos hépatiques a été un *accident d'alarme*, un *signe avertisseur*, assez isolé pour qu'en le voyant survenir le médecin ait pu lui attribuer une origine rénale, tuberculeuse ou cancéreuse.

Pouvons-nous tirer de cette constatation un élément de pronostic ? Répondre à cette question c'est discuter *le mécanisme de l'hématurie cirrhotique.* Est-elle le reflet d'un trouble vasculaire, traduisant la première défaillance du système porte, ou doit-elle être mise sur le compte d'une insuffisance hépatique à échéance plus ou moins proche ? Il est d'abord des faits anatomiques qui ont depuis longtemps retenu l'attention de Tuffier et Lejars, Gilbert et Villaret. Nous savons, par Claude Bernard, que la destruction de la veine porte chez les mammifères favorise le développement d'anastomoses porto-rénales et tend à rétablir le système décrit par Jacobson chez les vertébrés inférieurs. Ce système porto-rénal, très visible chez les oiseaux et les reptiles, a été étudié sur le chien par Gilbert et Villaret, grâce à leur technique d'injection colorante préagonique. Il ne se résume pas seulement dans les veinules inconstantes qui forment le groupe capsulo-mésaraïque de Tuffier et Lejars ; il se traduit encore par des anastomoses reliant le rein gauche au pancréas, à la rate, au colon descendant, le rein droit à la face inférieure du foie et au colon ascendant. Lorsque l'injection est poussée directement dans le système porte, on peut découvrir histologiquement une riche vascularisation corticale, formant au-dessous de la capsule des reins de gros sinus triangulaires, d'où partent de petites veinules en étoiles et de riches plexus tubulaires, contournant les glomérules de Malpighi.

En accord avec les injections de substances colorantes, l'hypertension portale que réalisent les ligatures vasculaires permet d'obtenir le développement des anastomoses porto-rénales. La congestion de la capsule du rein gagne la substance corticale et se présente sous l'aspect de petits lacs sanguins dans l'intervalle des tubes contournés ; les glomérules de Malpighi sont habituellement respectés.

De prime abord, le caractère isolé des hématuries cirrhotiques semble plaider en faveur de leur origine portale. Nous devons toutefois observer que la stase circulatoire — si elle existe — n'entrave point la réponse fonctionnelle du rein à certaines épreuves de polyurie provoquée, comme l'épreuve du neptal. Dans notre observation III ce produit a entraîné des diurèses fort remarquables, atteignant 3.500 c. c. en 24 heures et cela trois semaines après une néphrectomie ; le rein unique dont notre malade disposait a répondu avec une constance et une largesse qu'il n'est pas habituel de rencontrer au cours des cirrhoses. Faut-il voir dans cette polyurie la suractivité morbide d'un organe privé de son congénère ? Constatons simplement que si ce rein était sous l'emprise de l'hypertension portale, le trouble circulatoire ne le gênait en rien pour réagir à l'appel d'un diurétique mercuriel.

Mais personne aujourd'hui ne voudrait affirmer que les hémorragies des cirrhotiques dépendent exclusivement d'un facteur vasculaire. Bien que l'hématurie de nos malades se soit présentée comme un accident isolé et comme un signe avertisseur, nous ne pouvons oublier que quelques mois plus tard le syndrome hémorragique s'est complété avec l'apparition des épistaxis, des gingivorragies, du purpura et qu'un an après l'hématurie, ces hémorragies multiples ont pu s'associer à un anasarque. Ce sont là autant de manifestations qui témoignent en faveur de l'insuffisance du foie ; et nous savons que la dégénérescence hépatique évolue souvent de pair avec une dégénérescence toxique des reins, que Hanot et Gilbert, Roger, Gouget, Henri Claude ont bien mise en lumière.

Sur le terrain des faits cliniques, nous nous bornerons à souligner :

1° Le *caractère révélateur des hématuries* qui peuvent faire dépister, plusieurs mois à l'avance, une cirrhose hépatique jusque-là méconnue ;

2° Le *pronostic sévère* qui s'attache à la découverte de ce symptôme, si l'on en juge par la mort rapide de nos trois malades en moins d'une année.

COURS ET CONFÉRENCES

La quinine et ses dérivés en thérapeutique cardiaque (1)

Par **A. CLERC**

Après que, grâce à la découverte de Pelletier et Caventou, l'emploi de la quinine eut pris tout son essor, on s'aperçut que le médicament, outre ses propriétés fébrifuges fondamentales, en possédait d'autres, mises particulièrement en relief chez les fébricitants, mais décelés, principalement, par les inconvénients liés aux doses trop intenses ; les troubles, ainsi engendrés, n'intéressaient pas seulement le système nerveux (vertiges, bourdonnements d'oreille, ivresse, etc.), mais encore le système circulatoire, et se caractérisaient par la petitesse et la rapidité du pouls, accompagnées de défaillance et même de collapsus cardiaque.

A faibles doses, le médicament, apparaissait plutôt comme un sédatif, ainsi que, dès 1847, Briquet l'avait démontré. Cette

(1) Leçon faite aux « actualités » du cours de Thérapeutique, (Professeur Ch. Aubertin).

propriété n'était pas restée ignorée dans la suite ; Trousseau et Pidoux, par exemple, dans leur traité classique, rappelaient qu'on « avait pu dire que la quinine était l'opium du cœur », comparaison d'ailleurs assez vague, et qui avait été déjà faite à propos de la digitale. Ni Germain Sée, ni Huchard ne méconnaissaient les données en question ; Traube, avait associé, sans doute comme amer, la quinine et la digitale. Mais, en somme, il s'était agi d'applications assez restreintes, quand, en 1912, Wenckebach (comme il l'avoue lui-même en termes assez humoristiques) apprit d'un de ses malades que la quinine pouvait couper les accès de fibrillation auriculaire et d'arythmie complète, effet rendu encore plus remarquable, par la quinidine, ainsi que le démontra Frey en 1918.

Désormais, l'attention du monde médical, était réveillée ; de là, au point de vue expérimental et clinique, une telle poussée de publications, que l'énumération exacte de ces dernières serait presque impossible, et que leur succession se poursuit encore de nos jours. Sans négliger les recherches, entreprises, par les auteurs, allemands, anglais, américains, belges, argentins, etc., il est juste de rappeler, que Pezzi et Clerc (1919), P.-Noël-Deschamps (Thèse inaugurale de 1921), Josué, Gallavardin, Gravier, Lian, etc., signalèrent, dès l'origine en France, les résultats de leurs travaux. Enfin, paraissait dans les *Bulletins de la Société de Thérapeutique* (1935), un rapport de Pezzi, dont nous adopterons d'autant plus volontiers les termes qu'ils reflètent les conclusions que nous avaient dictées une expérience, acquise, en commun, au laboratoire comme au lit du malade.

A) *Notions pharmacodynamiques élémentaires :*

En thérapeutique, sont utilisées, la *quinine*, et son isomère, la *quinidine*, découverte par Pasteur en 1858, et qui paraît se trouver dans le quinquina d'autant plus abondamment que ce dernier est resté plus longtemps exposé à la lumière. Quant à la *Cinchonine* et à la *Cinchonidine*, elles ne sont pas utilisables, en raison d'une toxicité trop grande, et d'un pouvoir convulsif trop accentué.

La Quinine et la Quinidine, sont toutes les deux peu solubles dans l'eau, à moins que celle-ci n'ait été légèrement aiguisée d'un acide dilué (surtout HCl). Leur action est semblable ; mais alors que, pour obtenir un effet mortel, il faut injecter dans les veines du chien *anesthésié* 5 à 6 centigr. par kilo de l'alcaloïde initial, (solution à 1 %) les mêmes accidents, sont provoqués par seulement 3 c. c. de la solution de l'isomère (au même titre), qui se montre ainsi environ deux fois plus toxique.

Bien de faibles doses tendent à renforcer les battements en les accélérant, les effets les plus remarquables, obtenus avec les quantités-limites indiquées plus haut, en plus de cette augmentation de rapidité initiale, consistent dans l'affaiblissement rapide des pulsations, la chûte brusque de la pression artérielle, puis l'arrêt en diastole. D'une manière succincte, on peut dire que toutes les propriétés du myocarde se trouvent déprimées, ou même paralysées. Le muscle devient inexcitable, son pouvoir contractile s'affaiblit, sa conductibilité diminue, comme le montrent, sur les électrocardiogrammes, l'allongement de l'espace P-R, et même, éventuellement, certaines déformations, soulignant la gêne de propagation du stimulus dans l'intérieur des parois ventriculaires. En outre, la production des extra-systoles par le choc électrique est rendue plus difficile ; d'autre part, l'étude spéciale de la quinidine, réalisée par T. Lewis et ses collaborateurs, comme aussi par de Boer, a mise en évidence, l'allongement de la période réfractaire, au niveau de l'oreillette, phénomène, dont la thérapeutique soulignera l'importance. Enfin, la fibrillation même du ventricule ne se produit plus qu'avec une bien plus grande difficulté, sous l'influence des procédés habituels, (choc électrique , poisons divers). Ajoutons que le vague est paralysé sans que les accélérateurs paraissent nettement intéressés. C'est donc surtout comme *dépresseurs* du cœur, que se révèleront la quinine et la quinidine, dont les propriétés restent les mêmes. Il est à noter que certains produits *contrebalancent* les actions précédentes, l'adrénaline, représentant le principal antagoniste (Pezzi et Clerc). Certaines propriétés de la digitale (excitation du vague, déchaînement des rythmes hétérotopes) se trouvent entravées ; de là, certaines applications pratiques, malgré, certaines contradictions expérimentales (1), (Gold et Moddell, 1932). Nous verrons plus loin, le rôle adjuvant possible de la strychnine chez le malade, à la dose de 2 à 4 milligrammes de sulfate *pro die.*

B) *Posologie résumée.*

1° *Quinine* : a) *Par la bouche*, on ne l'utilise, qu'à doses modérées 0,30 à 0,50 centigr. par jour en cachets, sous forme de bromhydrate ou de valérianate ; souvent, on lui associe d'autres médicaments : la digitale (poudre de feuilles), la belladone, la papavérine, le gardénal, selon diverses formules dont nous citerons quelques-unes (2) ;

b) Si l'on recourt aux *injections intraveineuses* (réservées aux cas de tachycardie paroxystique), la dose sera, de 0,30 à 0,60 centigr. en moyenne, dissous dans 10 centigr. d'eau salée ou glucosée.

2° La *quinidine* est administrée, à doses, plus ou moins fortes, *per os* ; c'est au sulfate que l'on donne la préférence, en comprimés de 0,20 centigr. chacun, à raison de 4 ou même 8 par jour, selon les circonstances (v. plus loin) ;

(2) *a*) Valérianate de quinine............. dix centigr.
Poudre de feuilles de belladone....... deux centigr.
Pour une pilule aux deux repas (dix jours). (VAQUEZ).

b) Valérianate de quinine............. cinq centigr.
Chlorhydrate de papavérine......... deux centigr.
Extrait de belladone............... åå un centigr.
Poudre de belladone...............
Pour une pilule. Deux par jour (MARCHAL).

b) Bromhydrate de quinine............. dix centigr.
Poudre de feuilles de digitale........ cinq centigr.
Pour une pilule (HUCHARD).

c) Bromhydrate de quinine............. 0,30 centigr.
Poudre de feuilles de digitale........ åå un centigr.
Extrait de belladone...............
Pour une pilule).

d) Bromhydrate de quinine............. dix centigr.
Extrait de cratægus................ cinq centigr.
Gardénal........................ deux centigr.
Pour une pilule. Deux par jour (MARCHAL).

b) Plus récemment, s'est répandue la pratique des *injections intraveineuses*, en utilisant, les mêmes doses que la quinine (v. Tachycardie paroxystique).

C) *Indications thérapeutiques générales.*

I. Comme *sédatif*, la quinine donne des résultats satisfaisants chez nombre de sujets, atteints d'*éréthisme cardiaque*, chez les neurotoniques, dont elle atténue notablement les palpitations. La belladone, le gardénal renforceront cet effet calmant. La papavérine est particulièrement utile, quand il s'agit de précordialgie, ou même d'angor avéré, dans l'intervalle des crises. Lorsque les réactions myocardiques sont en jeu, et même chez certains asystoliques, le mélange quinine-digitale, trouvera son indication, et, du moins en principe, amènerait la meilleure tolérance de cette dernière, dont l'effet bienfaisant l'emporterait sur la dépression quinique, théoriquement contre indiquée, mais grâce à laquelle se trouverait atténué le pouvoir déchaînant vis-à-vis des rythmes hétérotopes.

II. Les mêmes préparations, en diminuant l'excitabilité myocardique, s'opposent par définition, aux *extrasystoles* et, en fait, ces dernières, si elles ne sont pas nécessairement supprimées, sont nettement atténuées, qu'il s'agisse d'E-S auriculaires ou ventriculaires. Certains auteurs se sont loués également, de la *quinidine* à faibles doses, (20 à 40 centigr. par jour), c'est à propos des mêmes extra-systoles, que Wenckebach a spécialement insisté, sur l'heureuse influence de la strychnine associée.

III. Le *traitement de l'arythmie complète, représente l'indication la plus classique*, puisque les deux médicaments considérés en allongeant la période réfractaire du myocarde s'opposent à la fibrillation, prise en général et, en

(1) Ces faits justifient l'utilisation de la quinine comme antidote dans les cas d'intoxication digitalique aiguë.

particulier, à celle qui siège électivement au niveau de l'oreillette, et déclanche l'arythmie complète du ventricule. Expérimentalement d'ailleurs, la quinine, en injections intraveineuses supprime, chez le chien, l'irrégularité en question, qu'elle ait été provoquée par le choc électrique, divers toxiques, ou qu'elle se soit développée spontanément chez certains vieux animaux.

1° *Posologie.* — Malgré les premiers succès obtenus par Wenckebach, c'est exclusivement à la quinidine que, depuis **Frey**, les thérapeutes ont eu recours. Cependant, les précautions nécessaires sont les suivantes :

a) Mettre le malade au repos physique et alimentaire, et prescrire d'abord une cure digitalique de cinq jours (40 à 60 gouttes de digitaline au 1/1.000, en tout), cure qui sera remplacée, en certains cas, par l'ouabaïne, *per os* ou même en injections intra-veineuses (1/8 à 1/4 de millig.) ;

b) Donner ensuite la quinidine, *progressivement* en commençant par 20 centigr. le premier jour, et 40 le second, à titre d'essai ; puis augmenter progressivement à 0,60, quantité déjà importante, bien qu'on puisse aller, plus exceptionnellement, jusqu'à 1 gr. 60, soit 8 comprimés, à raison d'un ou deux par prise renouvelée toutes les trois ou quatre heures. Mieux vaut de ne pas dépasser, en principe, 6 ou même 8 grammes pour l'*ensemble* de la cure, surtout s'il s'agit d'une première tentative. Enfin, même si la régularisation est obtenue, il convient de maintenir quelques jours encore l'influence du médicament, mais en diminuant progressivement les quantités ingérées ; d'ailleurs, l'élimination est assez rapide.

c) Durant toute la durée de la cure, le malade sera soumis à une *surveillance attentive et journalière*, tant au point de vue de l'examen clinique du cœur et des réactions du pouls que de l'analyse des modifications rythmiques, prises sur le fait par des électro-cardiogrammes recueillis en série.

2° *Effets.* — *a)* Un nombre non négligeable de sujets se montre *réfractaire* à la médication, bien qu'il ne soit pas rare, en pareil cas, malgré que persiste la fibrillation auriculaire, de noter une certaine atténuation de celle-ci ;

b) Il faut reconnaître que divers *incidents* ou même *accidents*, ont été observés :

α) Les uns consistent, principalement, en nausées, vomissements, sueurs froides, état sub-syncopal, et relèvent surtout, d'une intolérance gastrique. Bien que leur pronostic soit bénin, ils peuvent, s'ils sont accentués, nécessiter l'interruption du traitement.

β) Certaines *embolies*, artérielles périphériques ou pulmonaires ont été mises sur le compte de la thérapeutique, et pourtant, d'après les statistiques les plus complètes, il ne semble pas, qu'elles soient plus nombreuses, en pareilles circonstances, que chez les sujets, présentant une arythmie aussi accentuée, mais non soumis à la quinidine.

γ) La *mort subite* représente une complication dont la réalité ne saurait être niée, et qui risque de survenir même après l'ingestion de doses modérées, et cela au bout d'un délai plus ou moins long. Il s'agit d'une éventualité rare, et la récente statistique de Smith et Bogan, qui la mentionne trois fois sur 45 malades étudiés, semble bien forte à côté de celle de Viko, Marvin et White (1 sur 481), personnellement, nous ne l'avons observée qu'une seule fois. Malgré le rôle attribuable au médicament lui-même (et surtout aux fortes doses), c'est l'*état antérieur* de l'appareil circulatoire, qu'il faut principalement incriminer, d'où, sans parler de la surveillance rigoureuse du traitement, ni de la prudence dans la posologie, il importe de choisir avec soin les sujets susceptibles d'être traités en distinguant les catégories qui seront établies ci-dessous :

c) Quand le médicament se montre *efficace*, la régularisation du rythme survient assez brusquement, et la trémulation auriculaire se trouve remplacée, par une succession régulière d'ondes P, séparées chacune des complexes ventriculaires correspondants par l'intervalle physiologique.

Rien n'est plus variable, cependant, que la dose totale ou bien le temps nécessaire. Il suffit parfois de 0,60 centigr. à 1 gramme : le plus souvent, l'effet n'est obtenu qu'après l'absorption, de deux à trois grammes, parfois davantage, ou bien, seulement au bout d'une semaine. Le record paraît avoir été établi par un des malades de Smith et Boland, dont le cœur ne fut régularisé qu'au 71e jour, et après l'ingestion de 175 grammes de quinidine ;

d) Le succès une fois obtenu, il sera non seulement nécessaire de maintenir pendant plusieurs jours le sujet sous l'influence de la drogue, administrée à doses plus modérées et décroissantes (0,40, 30, 20 centigr. *pro die*), mais encore, à titre *préventif*, de donner, les trois premiers jours des semaines suivantes, de 0,20, 0,30 centigr. sans négliger, pourtant, les cures digitaliques d'entretien. Dans la suite, on espacera encore davantage les prises, mais *sans relâcher la surveillance médicale* ; les *rechutes* ne sont pas en effet exceptionnelles, et bien que nombre d'entre elles soient, elles aussi, combattues efficacement, dans les mêmes conditions qu'au début, vis-à-vis d'un certain nombre de sujets, les moyens d'attaque risquent, à un moment donné, de rester infructueux. Cependant, de toutes manières, même si, dès le début, le rythme n'est pas régularisé, le traitement à petites doses peut amener une sédation appréciable, et la seule *quinine*, administrée régulièrement par courtes périodes plus ou moins espacées, est susceptible de rendre de réels services.

3° *Résultats généraux* :

a) Si l'on veut préciser, dans son ensemble, la proportion des cas où, dès la première cure, la régularisation du rythme est obtenue, le taux de 50 % représente celui admis par nous-même et par C. Pezzi, mais il se trouve dépassé par ceux mentionnés dans les statistiques Anglo-Américaines, et qui s'élèvent à 60 et même 67 p. 100. Par contre, à mesure que l'on s'éloigne du traitement initial, moins nombreux se font les succès *persistants* ; au bout de la première année à peine 20 p. % des guérisons se maintiennent ; après 4 ans, la proportion devient encore plus faible, sans parler, nous le répétons, des rechûtes, toujours possibles. Enfin, on doit reconnaître que la *mortalité* globale des sujets traités est sensiblement la même, que celle des malades non soumis à la quinidine.

b) Pour apprécier les résultats précédents, il faut tenir compte de la *dose employée* ; certains auteurs donnent, en effet, deux grammes et plus par jour ; cependant, malgré les exceptions toujours possibles, nous croyons préférable la prudence même excessive, non seulement dans la progressivité, mais encore dans la limitation des doses ; une autre condition, non moins indispensable, consiste, nous le répétons, dans le *choix raisonné des malades.* Tout d'abord, la durée de la fibrillation doit entrer en ligne de compte, les cas récents étant évidemment bien plus sensibles que les invétérés, et une arythmie, établie depuis plusieurs mois, comporte bien peu de chances de succès. Il en est de même chez les sujets âgés (60 ans et plus). Tout cas d'asystolie évidente et même, d'insuffisance cardiaque rebelle ou accentuée, devra être, de même, (du moins en principe) écarté, à plus forte raison s'il s'est déjà produit des embolies ; encore la valeur de cette dernière contre-indication, a-t-elle été contestée (Sokoloff). De toutes manières et malgré les divergences expérimentales mentionnées plus haut, la grande majorité des auteurs reconnaît le bien fondé de la cure préalable soit digitalique, soit ouabaïnique. Quant à la nature de l'affection cardiaque associée, on peut prévoir que les malades, atteints de lésions valvulaires, mitrales par exemple, de polysclérose, d'insuffisance rénale, de troubles coronariens accentués tireront moins de bénéfices que les autres, ou du moins, mériteront une surveillance toute particulière. Par contre, seront spécialement favorables, les cas de fibrillation dite solitaire, c'est-à-dire survenant chez les sujets jeunes ou d'âge moyen, avec un minimum de troubles circulatoires. A cette catégorie se rattache l'arythmie complète associée au *goitre exophtalmique* ; en pareille circonstance, la quinidine sera aussi prescrite après la thyroïdectomie, car son emploi non seulement prolonge et affermit la régularisation, quand elle est obtenue, mais encore, favorise la production de cette dernière, dans les jours qui suivent l'intervention chirurgicale.

4° De telles CONCLUSIONS paraîtront plus modestes que celle de beaucoup d'auteurs ; ce sont pourtant celles que nous a dictée notre propre expérience, fondée sur des observations où figurent à dessein les cas les plus disparates ; il est cepen-

dant possible, nous le reconnaissons, qu'une sélection éclairée, amène des résultats globaux encore plus satisfaisants ; peut-être même, certaines médications associées se montreront-elles plus bienfaisantes. C'est à l'emploi simultané de la strychnine, par exemple, que Smith et Boland (1939) attribuent le nombre important de succès qu'ils ont enregistrés (80 p. %), en émettant l'espoir de faire mieux encore (1).

IV. *Flutter auriculaire.* — Les indications et la posologie restent les mêmes que celles exposées dans le chapitre précédent. Il est à noter cependant que l'arythmie est ici beaucoup plus rebelle, soit qu'elle préexiste d'emblée, soit (circonstance cependant exceptionnelle) qu'elle succède à une fibrillation, ainsi trnasformée sous l'influence de la quinidine. Fait paradoxal au premier abord, mais bien connu des cardiologues, l'inverse est plus désirable. Il y a lieu de recommander une cure digitalinique préalable mais cette fois, particulièrement intensive (70, 80 et même 90 gouttes au total) de la solution au millième, et, si l'on réussit, par ce moyen, à transformer la tachysystolie auriculaire en fibrillation, celle-ci se montrera bien plus docile à la quinidine, qui, alors, deviendra capable d'amener le succès désiré (Gallavardin, Lian et nous-même).

V. — Avec la fibrillation auriculaire, les TACHYCARDIES (2) ont suscité le plus grand nombre de travaux.

1o Les accélérations, *permanentes*, relativement modérées, demandent la même posologie que la neurotonie, principalement celles qui relèvent de la maladie de Basedow, bien qu'il s'agisse, là encore, d'un traitement symptomatique, susceptible d'améliorer les troubles et non de combattre leur cause. Dans les cas les plus accentués, suivant le précepte de Huchard, on utilise avec succès, la poudre de feuilles de digitale au bromhydrate de quinine.

2o Toutefois, c'est dans les FORMES PAROXYSTIQUES qu'ont été enregistrés les résultats les plus remarquables, encore faut-il distinguer, entre les variétés.

a) Les premiers essais concernaient la *maladie de Bouveret* proprement dite, qui continue, en la circonstance, à garder le premier rang. Comme on le sait, il s'agit surtout d'une crise de *tachycardie juxtanodale*, avec conservation de complexes ventriculaires sensiblement normaux ; à noter aussi que, chez de tels sujets, la tolérance du cœur est remarquable, et la dilatation aiguë des cavités tout à fait exceptionnelle.

α) *Posologie.* Dès 1920, Singer et Winterberg donnaient la préférence au chlorhydrate de quinine, en injections intraveineuses, il faut reconnaître en effet que, *per os*, la drogue en question se montre peu active. Dans la suite, la méthode a été systématiquement employée, par nombre d'auteurs, et, en France, nous citerons particulièrement Géraudel et Mouquin. La dose employée, varie de 0,30 à 0,60 centigr., comme nous l'avons indiqué à propos de la posologie générale. Si la première de ces doses reste inefficace, il est possible, dans la même journée, quelques heures après, d'utiliser une quantité plus forte, mais à la condition de ne pas dépasser 80 centigr. (en tout), sinon il faut attendre 24 heures. Nous sommes de ceux qui, pour prévenir les accidents possibles, recommandent une médication dite toni-cardiaque préalable, et, de préférence, sous forme d'une injection intra-veineuse, d'ouabaïne (3) (1/8 à 1/4 de milligr.), une heure, ou même une demi heure avant l'injection de quinine.

Cette dernière devra être poussée *lentement*, le malade étant dans la position couchée.

β) *Effets.* Malgré ces précautions élémentaires, certaines réactions sont presque constantes, sensation de chaleur le long du bras intéressé, bouffées congestives à la face, nausées, vertiges, sueurs, tous phénomènes passagers, mais souvent pénibles, et qui, chez quelques sujets, peuvent aller jusqu'à un état syncopal, nécessitant des contre-mesures énergiques et, parfois, véritablement inquiétant, bien que la mort n'ait pas été signalée. Du côté du *rythme*, la réaction est souvent saisissante, et, quasi brusquement, ou en quelques minutes, le taux des battements s'abaisse de deux cents et plus à 70 ou 80, l'électro-cardiogramme soulignant la reprise du rythme sinusal. D'autres fois, la chûte est plus graduelle, la normale n'est atteinte qu'au bout de quelques heures. D'autres fois encore, cependant le « freinage » manque, ou bien n'est qu'ébauché, ou bien encore n'est que temporaire ; dans ce cas, une nouvelle tentative, peut être indiquée. De toutes manières, un premier succès ne suffit pas nécessairement à prévenir une récidive, même rapprochée, encore que la médication puisse être, chaque fois, efficace.

γ) Comme cela est arrivé pour les autres arythmies, la préférence avait été donnée à la *quinidine* ; mais, celle-ci s'étant montrée peu active, *per os*, on a eu dans la suite, recours malgré sa toxicité plus grande, aux injections intraveineuses qui, entre les mains des auteurs de langue anglaise et des cardiologues argentins (principalement Padilla et Cossio) ont donné des résultats particulièrement intéressants ; dans les cas rebelles, les derniers des auteurs précités, utilisaient jusqu'à la dose de 1 gramme et davantage, mais sans dépasser, en principe, 10 centigr. par 10 kilos mieux vaut s'en tenir à trente ou cinqnante centigr. En France, après Dumas Froment, etc., Aubertin et Mme May-Darhowska ont, récemment, publié une étude démonstrative à propos d'une observation personnelle, étude reflétée par la thèse de Madame Noblia (1940). Comme il fallait s'y attendre, les réactions favorables, et aussi, les troubles divers sont ici encore plus accentués que ceux engendrés par la quinine ; c'est pourquoi la prudence dans les doses, la lenteur de l'injection, seront encore plus nécessaires, sans parler de l'injection préala-ble intra-veineuse d'ouabaïne.

δ) Si l'on envisage maintenant, le *traitement intercalaire* ou *préventif* (non moins indispensable, que celui de la crise proprement dite), la voie buccale reprend l'avantage, et l'administration régulière, les premiers jours de chaque semaine ou de chaque mois, de 20 à 30 centigr. de *quinidine* par vingt-quatre heures, généralement après une légère cure de strophantus, présente, cette fois, une efficacité indéniable, bien que non constante, car il faut compter sur les caprices imprévisibles du syndrome lui-même ; de toutes façons, c'est durant plusieurs mois, en principe, que les malades devront rester sous l'influence, même intermittente, d'un traitement qui n'entraîne d'ailleurs aucun inconvénient.

b) Les accès de TACHYCARDIE VENTRICULAIRE surviennent dans des conditions bien différentes. Il s'agit de cœurs profondément touchés et insuffisants ; souvent les accidents traduisent une thrombose coronarienne. Electrocardiographiquement parlant, les tracés révèlent, une série de complexes ventriculaires, plus ou moins déformés, ou même polymorphes, parfois anarchiques et comme préfibrillatoires. La succession des battements quoique généralement régulière est rapide, mais sans atteindre, cependant, les taux excessifs observés dans la forme précédente. En pareil cas, l'action dépressive, de la quinine et de la quinidine, devrait, théoriquement, représenter une contre-indication formelle ; leurs propriétés antifibrillatoires, cependant, ont incité, d'emblée, les auteurs à utiliser la quinidine, non seulement, en ingestion, mais encore en injections intra-veineuses ; après les premières recherches de Mann (1922), celles de Lévine et Fulton, de Hepburn, etc., seraient particulièrement encourageantes.

c) *Conclusions.* — α) En ce qui concerne la *tachycardie ventriculaire*, nous n'oserions considérer, comme usuelle, une pareille thérapeutique, étant données les circonstances, souvent quasi-dramatiques, où doit être prise la décision. Tout au moins, la résistance immédiate des malades, se montre-t-elle plus satisfaisante qu'on aurait pu le croire ; mais, en fin de compte, l'accalmie, quand elle se produit, ne semble pas, du moins pour le plus grand nombre, de bien longue durée, et l'insuffisance du myocarde accomplit trop souvent, et parfois brusquement, son œuvre.

b) Il n'en est plus de même, du *syndrome de Bouveret* proprement dit. Ici la résistance du myocarde reste d'emblée peu entamée ; les accidents véritablement dramatiques, liés aux injections intra-veineuses (les seules efficaces) sont rares, même avec la quinidine ; les succès immédiats, sont souvent impressionnants ; et pourtant, la fréquence de troubles consé-

(1) Récemment Stapp et Kirschmann ont proposé l'usage simultané, à titre adjuvant, des injections de Sympathol, en raison de leurs propriétés antifibrillatoires.

(2) Comme la théorie permettait de le prévoir, la *dissociation auriculo-ventriculaire* et les divers troubles dits de conduction, représentent une contre-indication formelle, et en fait, les corps quiniques, n'ont donné que des échecs ; aussi leur usage doit-il être formellement rejeté.

(3) Pezzi recourt à une injection sous-cutanée de caféine.

cutifs, parfois assez impressionnants, ne nous porte pas à considérer la méthode comme absolument anodine. De toutes façons, une technique soigneusement établie, l'injection préalable d'ouabaïne resteront indispensables, et nous préférons n'intervenir ainsi qu'après l'échec des moyens plus simples. Il faut compter aussi avec la possibilité d'un arrêt subit, même spontané, de l'accès, sans oublier que la seule ouabaïne est capable d'amener le résultat désiré : témoin le cas personnel d'une malade qui, vers le cinquième jour d'une crise rebelle, présenta un état syncopal grave, à la suite d'une injection intraveineuse de 30 centigr. de quinidine, et guérit brusquement au bout de la troisième semaine, sans que nous eussions osé renouveler l'expérience ; par contre, tous les deux jours, 1/4 de milligr. d'ouabaïne était injecté dans les veines, dans le but de maintenir l'énergie contractile du myocarde, qui ne subit d'ailleurs, en la circonstance aucun fléchissement.

γ) Quant au *traitement préventif*, *per os*, en raison de son inocuité et de sa fréquente efficacité, il devrait réunir tous les suffrages.

VI. Ce que nous avons dit plus haut, de la tachycardie ventriculaire donnerait à supposer que la quinidine pourrait, éventuellement, combattre efficacement la *fibrillation ventriculaire* déclarée. Nous ne croyons pas que les essais tentés en pareil cas aient été très démonstratifs ; bien plus, il faut compter, sur la possibilité de réponses anormales de la part d'un cœur pathologique ; aussi a-t-on vu, exceptionnellement il est vrai, le traitement par la quinidine produire précisément ladite fibrillation ventriculaire, dans le cas, d'arythmie complète (Kerr et Bender) ou de dissociation auriculo-ventriculaire, avec crises syncopales (Schwartz et Jezer). Par contre, à titre préventif, surtout chez les sujets ayant survécu à la phase aiguë d'un infarctus myocardique, on comprend que certains auteurs, comme Hochrein aient utilisé, les faibles doses, répétées périodiquement, suivant le même rythme que pour la maladie de Bouveret, mais avec une surveillance encore plus attentive des malades au point de vue clinique et électrocardiographique.

***

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — 1° De ce bref exposé, il ressort que, vis-à-vis de la quinidine, la quinine représente sans doute, un agent mineur, mais plus maniable que son isomère, dont il possède les mêmes propriétés, bien qu'atténuées. Son emploi se trouve indiqué, chaque fois qu'une action, seulement sédative, sera recherchée, ou bien lorsqu'il s'agira de tâter la susceptibilité de certains sujets. Par contre, vis-à-vis de l'arythmie complète, de paroxysmes tachycardiques rebelles, ou dans toute circonstance, nécessitant une conduite énergique d'emblée, la quinidine conservera une supériorité indiscutable ;

2° D'une manière générale, on peut conclure que, sans doute, la quinine et ses dérivés, au point de vue de l'importance pharmacologique et de l'efficacité, ne sont pas dignes d'être comparés à la digitale ni au strophantus. On a pu leur reprocher une action surtout symptomatique parfois comme expérimentale, vis-à-vis de syndromes, lesquels comme la fibrillation auriculaire et la tachycardie paroxystique, ne sont pas mortels par eux-mêmes, et dont l'allure capricieuse, ou la résistance, tend à déjouer tout effort thérapeutique ; encore la stimulation de l'énergie contractile du myocarde doit-elle prendre le pas sur la régularisation du rythme ; ceci explique le rôle capital et bienfaisant de la digitale, au cours de la même arythmie complète, encore que, théoriquement, elle risque de favoriser précisément la fibrillation auriculaire. De plus, le pouvoir *paralysant* et *non cardiotonique* des drogues considérées, doit toujours rester présent à l'esprit du praticien, qui ne saurait utiliser à la légère les doses actives, sans en surveiller attentivement les effets, ni sans avoir fait précéder la cure d'une autre, fondée sur l'administration de médicaments, digitaline, ouabaïne, caféine, camphre, destinés à mettre pour ainsi dire le myocarde en état de défense. Mais il n'en reste pas moins indiscutablement prouvé que la quinine et ses dérivés ne méritent ni le dédain, ni l'oubli, mais, bien au contraire, justifient l'attention des auteurs qui, toujours très nombreux, même à l'heure actuelle, cherchent à préciser leur indication et à perfectionner encore la technique de leur emploi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1942

Variations de poids des écoliers de la ville de Paris en 1941-42. — ***MM. Boulanger-Pilet, Cayla* et *Cl. Launay*** sur 23.000 enfants, ont noté 12.8 p. 100 d'amaigrissements, 21.2 p. 100 d'états stationnaires, 66 p. 100 d'augmentations de poids.

Jusqu'ici la morbidité n'a pas augmenté, même celle par tuberculose. Les attitudes pathologiques et les déformations rachidiennes sont plus fréquentes chez les écoliers ayant maigri.

Si le déficit pondéral est moindre dans l'enfance que chez les adolescents, les adultes et les vieillards, c'est que dans tous les milieux les enfants profitent des privations des parents et souvent des efforts des cantines scolaires.

Sexualité et méningite tuberculeuse pendant l'enfance et la puberté. — ***M. Pierre Nobécourt.*** — Pendant l'enfance et la puberté, la sexualité exerce une influence sur la fréquence et l'activité de l'infection tuberculeuse, notamment de la tuberculose pulmonaire. On ne constate pas la même influence sur la méningite tuberculeuse.

1° A partir de la septième année, la méningite diminue de fréquence avec l'âge ; elle est moins fréquente de 10 à 15 ans, période où la puberté évolue chez la fille et commence chez le garçon, que de 6 à 10 ans,

2° La méningite a sensiblement la même fréquence dans les deux sexes ; notamment, de 10 à 15 ans, les pourcentages sont exactement les mêmes chez les garçons que chez les filles, bien que celles-ci soient seules en pleine évolution pubérale.

Magnésium et pigmentation. — ***M. Delbet.***

Election de deux correspondants nationaux dans la 1re division (médecine). — Classement des candidats. — En première ligne : MM. PERRIN (de Nancy) et PETGES (de Bordeaux).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. BARRE (de Strasbourg), CADE (de Lyon) FAVRE (de Lyon), LEBON (d'Alger) et PAILLARD (de Clermont-Ferrand).

Adjoint par l'Académie : M. CARRIÈRE (de Lille).

MM. PERRIN et PETGES sont élus.

Séance du 17 novembre 1942

La valeur pathologique du pain actuel. — ***M. H. Gaehlinger.*** — Le blutage actuel à 98 % donne des farines souvent malpropes qui peuvent être infectées par les balayures de grenier et les déjections de souris.

La preuve clinique en est fournie par l'augmentation considérable des entérites à lamblias, ce parasite étant un hôte fréquent de l'intestin des souris.

De plus la proportion trop forte de cellulose souvent grossière irrite la muqueuse colite et accroît la perte d'albumine par voie intestinale.

Du point de vue physiologique comme du point de vue hygiénique, le blutage à 98 % est une erreur et il appartient aux pouvoirs publics de reviser les instructions actuelles.

Sur la présence fréquente de poches blanchiales perforées chez l'embryon humain. — Les recherches de ***Delmas*** et ***Cordier*** prouvent que la perforation de certaines poches branchiales chez l'homme est fréquente si non constante. Ils l'ont observée sur des embryons de 5 mill. à 11 mill.

Delmas et Cordier ont ensuite cherché à préciser le mécanisme de formation et de fermeture de ces perforations.

Rapport du sinus pré-cervical avec les fentes branchiales. — ***MM. Cordier*** et ***Delmas*** ont constaté que c'est la troisième arc qui se soude le plus souvent le premier au tronc de l'embryon pour fermer la voûte du sinus.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1942

Cancer endobronchique traité avec succès par la lobectomie précoce. — ***MM. Monod*** et ***Kourilsky*** pensent que les tumeurs endobronchiques ont une évolution qui les apparente aux tumeurs mixtes parotidiennes. L'exérèse par

voie endobronchique est insuffisante. La lobectomie seule permet des guérisons durables.

Kystes et pseudo kystes intrathoraciques. — *M.* et *Mme Roux-Berger* présentent trois cas découverts radiographiquement, des tumeurs opaques, arrondies du médiastin parfaitement silencieuses au point de vue clinique.

Déformations de la tête fémorale à la suite de tentatives de réduction orthopédique dans la luxation congénitale de la hanche. — Pour *M. Leveuf*, elles consistent en raréfaction du cartilage, ossifié par places ou ayant subi la transformation fibroplastique.

Ténoplastie du tendon long extenseur du pouce. — *M. Mathieu* a obtenu un excellent résultat par une plastie réalisée avec un faisceau de crins.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Seance du 13 novembre 1942

De l'action de la colchicine sur certaines tumeurs ganglionnaires. — *MM. J. Lenègre* et *J.-P. Soulier* ont repris l'étude des effets de la colchicine sur diverses tumeurs ganglionnaires : adénopathie inflammatoire chronique, adénolymphoïdite aiguë bénigne, leucémie lymphoïde (deux cas), réticulose maligne voisine d'une maladie de Hodgkin, adénites cervicales néoplasiques. Dans tous les cas, et avec des doses moderées (2 à 3 milligrammes par jour pendant 15 à 30 jours ; 66 milligrammes au maximum) administrées *per os* ou par voie veineuse, les tumeurs ganglionnaires ont rapidement diminué de volume à des degrés divers. L'action la plus nette a été observée dans le cas d'adénolymphoïdite aiguë qui a guéri très rapidement, mais c'est une affection bénigne et curable, et dans les leucémies lymphoïdes, (mais le trouble hématologique tant quantitatif que qualificatif n'a pas rétrocédé). Il ne s'agit donc que d'une amélioration dissociée, et d'ailleurs transitoire dans les cas de processus malin. De plus la colchicine est un alcaloïde dont la toxicité rend le maniement parfois délicat : son innocuité, même aux doses indiquées, n'est pas démontrée. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit là d'un traitement d'appoint qui mérite de susciter de nouvelles recherches. Il peut rendre service dans les cas où les thérapeutiques éprouvées des tumeurs (chirurgie, rayons X et radium, électrocoagulation) sont momentanément ou définitivement contre-indiquées.

Erythrodermie arsenicale favorablement traitée par le sulfamidothiazol. Hyperthermie médicamenteuse intense. — *MM. Jacques Decourt* et *A. Brault* ont traité par le sulfamidothiazol un cas de grande érythrodermie arsénicale. A la médication interne ils ont joint le poudrage quotidien des téguments au paraminophrénylsulfamide. Ainsi a pu être évitée toute suppuration des lésions cutanées, et l'évolution a été remarquablement favorable. Mais au douzième jour du traitement des frissons répétés suivis d'une reprise fébrile leur fit redouter une infection septicémique secondaire. L'élévation de la dose de sulfamidothiazol fut suivie d'une hyperthermie intense avec amaigrissement considérable. Aucune complication n'expliquait cette fièvre, qui céda en quelques heures après la suppression brusque du médicament. Les auteurs rappellent que la fièvre d'intolérance au sulfamidothiazol peut être reconnue grâce à la coexistence d'une conjonctivite spéciale, d'une éruption cutanée et d'une poussée d'éosinophilie sanguine. Mais ces symptômes étaient d'interprétation difficile chez leur malade érythrodermique.

Séance du 20 novembre 1942

Les formes actuelles de la tuberculose des séreuses chez l'adulte. — *MM. M. Bariéty, Ch. Lejard, M. Barrabé* ont observé, en un an, 441 malades, âgés de 20 à 42 ans, atteints de tuberculose des séreuses. Outre la fréquence actuelle de ces tuberculoses séreuses chez l'adulte, ils signalent la fréquence des pleurésies traînantes durant plus de trois mois ; la fréquence des polysérites et notamment le pourcentage anormal chez l'adulte des péricardites et des méningites ; la fréquence des rechutes, uniques ou multiples, après un long intervalle de bonne santé apparente (plusieurs mois, un an). Il est donc très difficile d'affirmer actuellement, avant un long temps d'observation, la guérison d'une sérite tuberculeuse.

Un cas nouveau de maladie de Kussmaül-Maïer. — *M. Bourdin* rapporte un cas intéressant (*péri-artérite noueuse*) à cause de la richesse de sa symptomatologie (polyneuromusculaire, rénale, abdominale, etc...) qui en a permis le diagnostic avant l'apparition des nodosités cutanées. Il existait en particulier des manifestations oculaires, avec lésions de périvascularite segmentaire, à l'examen du fond d'œil, qui ont été et peuvent être dans des cas ultérieurs, d'un gros appoint diagnostic.

En outre une tuberculose pulmonaire torpide a débuté et évolué parallèlement à cette péri-artérite posant dans ce cas particulier un problème étiologique possible.

M. Lhermitte signale qu'il existe à la fois des lésions vasculaires et dégénératives des troncs nerveux avec sclérose interfasciculaire, les lésions vasculaires ne suffisant pas à expliquer les lésions dégénératives.

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

L'iritis gonococcique est elle plus fréquente que l'iritis syphilitique ?

MM. Demanche et Dubois-Poulsen attirent (*La Semaine des hôpitaux de Paris*, novembre 1942) l'attention sur l'erreur qui consiste à l'équation classique : iritis = syphilis. Toute iritis, toute irido-cyclite exige une enquête étiologique extrêmement serrée. Dans la majorité des cas, cette enquête n'aboutit pas car les agents infectieux demeurent inconnus. Le gonocoque est cependant trop négligé Il existe d'autres iritis gonococciques que celles reconnues par les classiques dans les manifestations arthritiques de la blennorragie. La gono-réaction constitue alors un excellent fil conducteur dans le dépistage de ces formes cachées. Il est désirable que sa recherche soit toujours et systématiquement associée à celle du B.-W. dans le diagnostic étiologique des différentes uvéites.

La ponction de l'antre dans le diagnostic des otomastoïdites des nourrissons

D'après Levesque, Perrot et Renaud (*Le Nourrisson*, juillet 1942), la ponction d'antre ne peut prétendre à trancher le diagnostic de l'otomastoïdite latente dans les états hypertoxiques. Les règles cliniques restent le meilleur guide. La ponction d'antre peut être un appoint utile au diagnostic, surtout dans les formes lentes.

Les Auteurs ont essayé de traiter des otomastoïdites subaiguës par la ponction suivie du lavage de l'antre avec des sulfamides. Malgré des succès passagers, il a toujours fallu arriver à l'opération. Peut être la surinfection en milieu hospitalier a-t-elle faussé les observations et les résultats seraient-ils bons sur des enfants strictement isolés. En tout cas, il leur paraît imprudent en milieu hospitalier de se fier à cette méthode de lavage au lieu d'opérer vite.

N. G.

REVUE DE PRESSE ETRANGÈRE

L'augmentation du pouvoir toxique de médicaments par les sulfamides

Les expériences faites par Oelkers et Wanowius (*Klin. Woschr.*, 22 août 1942) sur la souris blanche, montrent que l'action centrale et la toxicité de substances telles que la papavérine, la morphine, la novocaïne adrénalinée, sont accrues lorsque les animaux sont soumis au traitement par divers sulfamidés à des doses comparables à celles de l'homme.

C'est ainsi que la papavérine entraîne des symptômes graves et la mort de 20 % des souris ayant reçu des sulfamides alors que la mortalité reste nulle chez les témoins.

Formes rares de l'insuffisance aortique

A côté des causes habituelles de l'insuffisance aortique, Dotzauer (*Med Klin.*, 21 août 1942) rappelle quelques étiologies plus rares, tel le traumatisme, et fournit des observations dans lesquelles l'insuffisance valvulaire était liée à une nécrose de la media aortique sans syphilis, à un envahissement des valvules par un petit anévrysme avec déchirure à la suite de sa rupture. Il insiste également sur les insuffisances aortiques fonctionnelles et relatives que l'on rencontre surtout dans certaines insuffisances cardiaques, mais dont il cite des exemples au cours d'anémies, de crises d'hypoglycémie spontanée, de maladie de Basedow.

G. Ledoux-Lebard.


SUPPOSITOIRES
RECTOSEPTAL
SIMPLE
(créosote oxyquinoléine)
THÉRAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE
PAR LA VOIE RECTALE
LABORATOIRES DEROL, 34, rue Pergolèse, PARIS-XVIe

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

La vaccination par le B. C. G. chez les enfants

Si nous avons à notre disposition plusieurs voies d'introduction pour faire pénétrer le vaccin dans l'organisme, il faut reconnaître qu'elles n'ont pas toutes la même valeur.

Celle qui a été la plus utilisée jusqu'à présent chez le nouveau-né, est la **voie buccale**. Appliquée dès 1921 par Weill-Hallé, elle consiste, rappelons-le, en l'ingestion de trois ampoules dosées chacune à 10 milligrammes de B. C. G. Soigneusement agitées avant d'être ouvertes, elles sont administrées le plus tôt possible après la naissance, à deux jours d'intervalle. L'émulsion, mêlée à un peu de lait est avalée une demie heure avant une tétée. Le développement de l'allergie, constaté par les réactions à la tuberculine, étant le seul témoin de l'absorption du vaccin, il fallut reconnaître qu'en suivant cette voie, l'allergie ne se produisait que dans un assez petit nombre de cas : un tiers environ, et après un assez long délai.

C'est ce qui conduisit Weill-Hallé à utiliser en 1924, la **voie sous-cutanée** pour faire pénétrer le vaccin dans l'organisme.

La suspension spéciale « B. C. G.-S. C. » contient 1/100 de milligramme par centimètre cube. La dose totale est de 1/25 de milligramme, répartie en deux ampoules de deux centimètres cubes chacune. Chaque ampoule est injectée séparément, de chaque côté, dans la région axillaire, sur le bord externe du grand dorsal. Dans ces conditions, les réactions locales sont rares : nodosité qui disparaît en quelques semaines ou quelques mois, ou encore, petit abcès froid bénin qui guérit aussi, spontanément.

Un peu plus tard, Walgren fit pénétrer le vaccin par la **voie intra-dermique**.

Troisier et Nico injectent, dans le derme, sous un très faible volume 1/20 de milligramme de B. C. G., en un seul point, dans deux gouttes d'excipient.

Dans ces conditions, le petit abcès local est la règle et une légère adénite axillaire indolente est fréquente.

Les sujets vaccinés par ces voies deviennent allergiques dans des proportions beaucoup plus grandes. Mais ces procédés présentent des inconvénients : ils sont douloureux et donnent lieu à un petit abcès froid qui risque d'être mal interprêté par l'entourage.

En 1939, Rosenthal (de Chicago) eut l'idée de faire pénétrer le vaccin par des **piqures cutanées multiples** et affirma que, par ce procédé, on produit l'allergie presque dans tous les cas.

Les expériences de MM. Nègre et Bretey à l'Institut Pasteur ont confirmé ces assertions, et ces auteurs ont proposé une autre méthode, plus simple, plus rapide et plus familière au médecin.

Il s'agit de simples **scarifications cutanées**.

C'est ce procédé que Weill-Hallé appliqua plus récemment à la vaccination des jeunes enfants. Dans un travail récent (Thèse de Paris, 1911), Mlle Lagroua donne le résultat de ses premiers essais ; ils sont tout à fait favorables.

L'Institut Pasteur fournit des ampoules contenant une émulsion très concentrée, spéciale, de « B. C. G.-S. P. » qui est quatre fois plus concentrée que celle destinée à la voie buccale. Le vaccin doit être frais et utilisé autant que possible dans les cinq jours qui suivent la mise en ampoule. On agite celle-ci, on l'ouvre et avec un compte-gouttes stérilisé par ébullition, on verse sur la peau tendue de la région deltoïdienne ou sous-axillaire, quatre gouttes de vaccin, à 2 centimètres environ les unes des autres. Puis, avec un vaccinostyle stérilisé, on fait sur chaque goutte, deux scarifications au moins, en croix, de 1 cent. à 1 cent. 5 de long. Ces scarifications doivent atteindre la surface du derme et donner issue à une fine gouttelette de sérosité rosée. On attend cinq minutes et on recouvre le tout d'un petit pansement imbibé de ce qui reste d'émulsion, fixé en place pendant 24 heures par des bandelettes d'emplâtre adhésif. Les deux ou trois jours qui suivent, les scarifications sont presque invisibles, puis 8 à 12 jours après, souvent plus tard : du 15e au 20e jour, elles réapparaissent, deviennent saillantes, légèrement croûteuses et bordées de rouge ; on a l'impression d'une petite cicatrice chéloïdienne, limitée aux traits de scarification, qui atteint son maximum au bout d'un mois ; puis elle s'atténue et disparaît lentement, après trois mois environ.

Ce procédé est donc simple, n'exige pas de seringue, n'est pas douloureux, ne produit aucune complication. Il est accepté facilement par les familles. Mais surtout, il détermine l'allergie dans presque 100 pour 100 des cas, et elle apparaît assez tôt.

Recherchée par la cuti-réaction ou la percuti-réaction, elle se montre de trois à six semaines après la vaccination. La réaction est toujours faible, du type dit « vaccinal », mais elle est nette.

Elle reste longtemps positive, au moins une année. Si elle devient négative, on revaccine le sujet, et alors l'allergie apparaît beaucoup plus tôt (phénomène dit de Willis, 1928).

Les nouveau-nés, pourvu qu'ils aient été séparés dès leur naissance, de tout contact suspect, peuvent être vaccinés dès qu'ils ont repris leur poids de naissance.

Pour les enfants plus grands, on s'assurera qu'ils ne réagissent pas à la tuberculine, et s'ils vivent en milieu suspect ou contagieux on s'entourera de garanties supplémentaires cliniques et radiologiques ; on les isolera jusqu'au virage de la cuti-réaction.

L'avenir nous dira quel est le degré de l'action préservatrice de ce mode de vaccination. Il est intéressant de rappeler à ce sujet, que, se fondant sur les anciennes recherches du Professeur Marfan, certains auteurs : Burnet, Jesionek, Woringer ont avancé que le derme est le tissu qui, touché par le bacille de Koch, paraît le plus capable de créer un état de protection contre la tuberculose.

G.-L. HALLEZ.

BIBLIOGRAPHIE

Névralgie faciale et alcoolisation du ganglion de Gasser, par R. THUREL. Un volume de 88 pages, 22 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les recherches poursuivies par l'auteur depuis plus de quinze ans sur la névralgie faciale, et portant sur un millier de malades, l'autorisaient à écrire cette mise au point très pratique qui intéresse tout autant le médecin que le neurologue et le chirurgien.

Traitement des blessures et des lésions traumatiques cranio-cérébrales récentes, par Raymond GARCIN et Jean GUILLAUMÉ. Prix : 70 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La première partie, appuyée sur des observations, est consacrée aux blessures.

La deuxième partie est consacrée aux traumatismes.

Après cet exposé des faits qu'ils ont observés, les auteurs mettent en relief un certain nombre de principes généraux permettant la recherche des différents syndromes chez un traumatisé récent.

Un chapitre sur les complications semi-tardives, un autre sur les règles pratiques de la conduite chirurgicale ; deux études sur l'infection et les polytraumatismes cranio-cérébraux ; des statistiques et des observations terminent la partie consacrée aux traumatismes cranio-cérébraux.

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux par A. RAVINA. Seizième année 1941. Un volume, 154 pages, 30 francs. Masson, éditeur, Paris.

Dans ce recueil les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1941 ont été groupés et résumés pour le praticien.

Visages et attitudes en justice, par Jacques BRISSAUD et Jean BÉCHADE-LABARTHE. Un vol. in-12°, 240 p., 36 francs. Baillière édit., Paris.

Le but des auteurs a été de mettre en lumière l'importance, pour celui qui doit juger les actes d'un inculpé, de tenir compte, à côté de l'examen juridique des faits, de la condition psychologique des sujets.

INFORMATIONS

ASSISTANCE PUBLIQUE — HÔPITAUX

Paris. — ASSISTANTS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Concours le 13 décembre pour deux places. Inscriptions du 23 novembre au 2 décembre, 3, avenue Victoria.

ASSISTANTS EN MÉDECINE. — Concours le 18 décembre. Inscriptions du 23 novembre au 3 décembre.

Examen des spécialités pharmaceutiques. — Le laboratoire du Centre de lutte contre la stérilité involontaire de l'école de puériculture (*sic*) de la Faculté de médecine de Paris, directeur M. Jayle, est agréé pour procéder à l'examen des spécialités pharmaceutiques en remplacement du laboratoire de physiologie du Muséum national d'histoire naturelle. (*J. O.*)

DIVERS

Société d'histoire de la médecine. — La prochaine séance aura lieu le samedi 5 décembre à 17 heures à la Faculté (Foyer des Professeurs).

Ecole du Service de Santé. — Sont nommés élèves de l'Ecole du Service de santé :

I. — SECTION : *Médecine troupes métropolitaines* :

a) Catégorie : 8 inscriptions. — MM. Pierre, Chenillet, Pardé, Déplanche, Conforto, Thalabard, Distinguin, Lallemand, Amat, Sicre, Lesage, Gillet, Béréni, Lépagney, Grégoire, Reynier, Marx ;

b) Catégorie : 4 inscriptions . — MM. Galan, Bernot, Forestier, Vellutini, Charvet, Sérizier, Tomari, Miaille, Cabanon, Asquasciati, Vacher, Barthe, Raveleau, Bonjean, Drouin, Duplan, Guidicelli, Gauthier-Lafaye, Nicolas, Armstrong, Merz, Breaud, Langard, Ranc, Larrihaud, Pomarède, Quentin, Carrère, Barberot, Pon, Pousse, Loup, Nicolaï, Chambon, Weber, Filliou ;

c) Catégorie : P. C. B. — MM. Pernod, Lapeyre, Escafit, Py, Perrenx, Mathé, Poirier, Corré, Baurès, Pecker, Dion, Meusnier-Delaye, François Titon, Mignard, Joyaux, Bailly, Bourgeois, Hébrard, Guillot, Picard-Maureau, Peters, Salins, Félix.

II. — SECTION : *Médecine troupes coloniales.*

a) Catégorie : 4 inscriptions. — MM. Honorat, Millet, Becker, Illes, Beaurain, Gilbert-Desvallons, Grousset, Baylet, Marchesseau, Aldebert ;

b) Catégorie : P. C. B. — MM. Reboul, Bezes, Burnod, Cougoureux, Touzé, Guérin, Peyron, Lesage, Ichl, Landé.

Médaille du Prof. Lereboullet. — Les amis, collègues et élèves du Professeur P. Lereboullet, ont l'intention, à l'occasion de sa cinquantième année de vie hospitalière, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur de Jaeger, grand prix de Rome.

Tout souscripteur de 150 francs recevra un exemplaire de la médaille frappée. Il est également prévu des médailles en bronze (fonte cire perdue) numérotées au prix de 300 francs.

Adresser les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat au Trésorier M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Association générale des médecins de France. — Les dix bourses de dix mille francs créées par le Docteur Roussel en faveur des *médecins ayant au moins cinq enfants* et des *veuves en ayant trois à leur charge* et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt, vont être distribuées pour l'année 1942.

Les demandes doivent être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe) *pour le 1er décembre au plus tard.*

Les confrères et les veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettte du maintien de leur candidature pour 1942.

Le Docteur Roussel y ajoute, pour cette année, *cinq bourses de la même valeur destinées plus particulièrement aux femmes de médecins prisonniers que l'absence prolongée du soutien de famille met dans une situation pénible.*

Ordre des médecins. — Le Conseil supérieur rappelle les dispositions relatives à l'alcool :

1° L'alcool à brûler pour besoins professionnels est délivré sous forme de bons par les services répartiteurs des Préfectures. Ces services ont des instructions pour comprendre les médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires dans la catégorie prioritaire E.

2° Toutes les demandes d'alcool à flamber et alcool pur doivent être adressées aux Conseils départementaux et *exclusivement à eux.* Il est inutile de s'adresser à l'Office de répartition ou au Conseil supérieur.

Les demandes centralisées par les Conseils départementaux sont transmises au Conseil supérieur. Le Conseil supérieur recevra une allocation globale chaque trimestre et répartira la quantité qui lui est allouée au prorata du nombre des médecins dans chaque département. Les Conseils départementaux feront ensuite sous leur responsabilité l'attribution à chaque médecin en tenant compte de leurs besoins professionnels. Les livraisons seront faites par un fournisseur qui livrera l'alcool sur présentation des bons d'attribution.

L'Office de répartition du pétrole insiste sur le fait que des médecins bénéficiant déjà de gaz butane ne peuvent prétendre qu'à une allocation minime d'alcool à brûler. Or cet Office a constaté que certains médecins expriment des besoins mensuels de l'Ordre de 12 à 15 litres d'alcool à brûler, bien que possédant déjà pour leurs besoins professionnels du gaz butane. L'Office attire l'attention de ces médecins sur les graves ennuis qui peuvent résulter de cette façon de procéder. Les inspecteurs régionaux et les contrôleurs sont tenus de signaler au cours de leurs vérifications, les demandes exagérées et celles-ci peuvent entraîner des sanctions pénales.

Pour les médecins prisonniers. — Il faut songer à protéger contre le froid nos camarades médecins. Envoyez des effets de laine, des points de textile, afin qu'ils aient chaud cet hiver.

Faites parvenir chèque, mandat, ou virement postal, au Docteur Thiébaut (François), 8, avenue Bugeaud, Paris (XVIe). Compte chèques postaux, n° 3669-32.

Adressez les dons en nature au Docteur Lafay, 60, boulevard de La Tour-Maubourg , Paris-VIIe), qui centralisera ces envois et en assurera le parfait départ.

D'autre part, la Commission de Protection des Intérêts des médecins prisonniers fait savoir que des colis de denrées alimentaires sont envoyés gratuitement aux médecins prisonniers, dont les familles lui font parvenir l'étiquette indispensable.

ECHOS & GLANURES

Gustave le Bon, adversaire de Pasteur. — Le centenaire de la naissance de Gustave Le Bon (1841-1941) a été escamoté et il reste encore à faire sur lui une notice biographique et bibliographique complète. En attendant je voudrais rappeler un de ses péchés de jeunesse depuis longtemps oublié ; l'actif de cet homme extraordinaire est si copieux qu'un peu de passif ne saurait affecter son bilan.

A la fin de ses études médicales Le Bon, qui présentait un grand esprit d'indépendance, pénétra dans le monde scientifique au hasard de ses préférences et se mit à fréquenter les laboratoires, en particulier celui de Fremy, pour satisfaire une curiosité qui devait se révéler inlassable. Il commençait bientôt à écrire et donnait en 1866 à la Librairie moderne un in-8° sur *La mort apparente et les inhumations prématurées, possibilités de ramener à la vie un grand nombre de personnes enterrées vivantes.*

Mais un grand sujet le tentait déjà et il accumulait des notes sur les mystères de la génération en vue de la rédaction d'un ouvrage. L'audition d'un cours de Auzoux et l'opinion de deux interlocutrices le décidèrent à publier son travail pour le grand public. C'est ainsi que parut en 1868 chez Lebigre Duquesne un in-12 de 413 pages intitulé *Physiologie de la génération.* Ce livre, aujourd'hui bien difficile à trouver, et que Le Bon avait rayé de la liste de ses publications, a dû faire quelque sensation à l'époque. Outre la hardiesse du sujet qui devait paraître à beaucoup passablement immoral, Le Bon se montre partisan de Malthus en reconnaissant que la multiplication inconsidérée de l'espèce humaine est un danger que vient fatalement contrebalancer les famines, les maladies et les guerres et en préconisant non plus la continence, mais les moyens d'éviter la fécondation en particulier l'abstinence pendant les douze jours qui suivent la menstruation et l'usage de l'eau froide. C'est là une opinion qu'on peut, suivant ses croyances, approuver ou désapprouver, mais il devait plus loin consacrer une erreur de fait qu'on est bien obligé de lui reprocher dans l'état actuel de la science et qu'il dut lui-même reconnaître par la suite.

Le dernier chapitre de son livre est, en effet, consacré aux générations spontanées et à la controverse Pasteur-Pouchet. Epousant les idées de Fremy il donne raison aux hétérogénistes . « Les êtres vivants qui naissent dans les dissolutions contenant des matières organiques ne se forment pas directement de toutes pièces. Ils proviennent d'œufs qui se forment spontanément aux dépens des éléments que ces dissolutions contiennent, absolument comme l'œuf se forme aux dépens des éléments de l'ovaire. La formation spontanée d'un œuf dans un milieu organique n'est pas plus difficile à comprendre que la formation également spontanée de l'œuf dans l'ovaire. Ce sont deux phénomènes du même ordre, très comparables entre eux ».

Le traité du jeune Le Bon, il avait alors 27 ans, est par ailleurs fort attrayant et contient quantité d'idées curieuses et de renseignements historiques. Et ceci compense cela.

Dr P. LEMAY.

Lamennais, le trop chrétien, par René BRÉHAT. Un vol. 284 p. Prix : 30 francs. Editions Denoël, Paris.

C'est le portrait d'un prêtre, par un médecin. Les hommes, à commencer par les plus grands, s'éclairent par certains côtés toujours aux lumières de la médecine. Lamennais méritait tout particulièrement d'être examiné sous cet angle. Au total, un beau livre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Stigmatisation et stigmatisme

Par M. **Jean LHERMITTE**

Bien que la science ait singulièrement évolué depuis les années 80 où l'on discutait âprement la nature des stigmates des Saints et où beaucoup de neurologistes s'accordaient pour admettre que la puissance de la suggestion et de l'hypnose était telle qu'une idée, une représentation mentale pouvaient se matérialiser dans la substance de notre corps, il s'en faut que le mystère de la stigmatisation ait été éclairci. Toutefois, l'on peut reconnaître que les données du problème ont été précisées, grâce à une critique plus vigilante et mieux avertie. Et si l'on nous demandait un témoignage du déplacement du point de vue catholique sur cette question, tout ensemble théologique, psychologique et biologique, il nous suffirait de conseiller la lecture de l'ouvrage de M. Imbert-Gourbeyre sur « la stigmatisation et l'extase divine », et d'en confronter la substance avec les résultats de l'enquête psychobiologique menée par les Etudes carmélitaines en 1936.

Si le problème que nous visons s'enveloppe de tant d'oppositions et d'obscurité, c'est qu'on l'a traité bien souvent avec parti-pris et passion et que nombre d'arguments qui ont été produits s'avèrent bien plutôt d'ordre sentimental que d'ordre rationnel. Aussi notre dessein est-il d'envisager la stigmatisation de manière objective et avec la plus grande liberté d'esprit.

On le sait, les stigmates qui ont marqué le corps de certains êtres élus, à commencer par Saint-François-d'Assise, sont la figuration des plaies dont le Sauveur a été affecté au cours de sa Passion. Ainsi qu'il est écrit par un disciple du Poverello : « *Non diuante mortem, frater et pater noster apparuit crucifixus quumque plagas, quæ veræ sunt stigmata Christi portans in corpore suo* » et Roger de Wondower : « *Itaque quinqua-decimadie ante exitum suum, de corpore apparuunt vulnera* ».

Le stigmatisé apparaît donc porteur de plaies sur les deux faces des mains et des pieds, parfois sur le côté et le front ; ces blessures représentent la marque des clous, du coup de lance, du portement de la Croix et de la couronne d'épines. Ajoutons que ces plaies stigmatiques ne sont pas quelconques : non seulement elles donnent naissance à un flux sanguin périodique, les Vendredis généralement, mais la croûte qui recouvre les stigmates des pieds et des mains représente la forme même des clous qui ont pénétré la chair du Crucifié, tandis que la forme de la plaie du côté symbolise la dilacération par la lance, de même que les stigmates de la tête reproduisent les points de pénétration des épines dont était tressée la couronne du Christ. Précisons encore que les plaies stigmatiques possèdent ce caractère de ne jamais s'accompagner de suppuration, de guérir parfois avec une extraordinaire rapidité et d'être souvent précédées ou suivies de douleurs spécialement affligeantes. A côté de ces stigmates dits « imitatifs », il en est d'autres que l'on désigne des termes de symboliques et d'épigraphiques. A la différence des précédents, ceux-ci se composent d'une marque significative dans la symbolique chrétienne : la Croix, la lance, etc., ou encore sont l'expression graphique d'un vocable ayant un sens précis dans la Liturgie.

Tout en nous gardant de pénétrer dans le domaine de la Théologie, nous rappellerons que les stigmates que l'Eglise a authentifiés, tels ceux de Saint-François, s'entourent aussi de circonstances psychologiques et spirituelles qui sont non moins essentielles que les manifestations corporelles. Aussi, comme le rappellent le R. P. Garrigou-Lagrange et le P. Lavaud, lorsqu'on se trouve en présence d'un « stigmatisé », il y a lieu de distinguer trois phases dans l'étude critique du phénomène stigmatique : la première comprend la critique du mode d'apparition des stigmates et des phénomènes singuliers dont ils s'entourent ; la seconde consiste dans l'étude des circonstances morales et spirituelles dont s'est enveloppée la stigmatisation ; enfin dans une troisième étape, les enquêteurs doivent rechercher la nature mystique des stigmates n'étant pas douteuse, si la cause efficiente en est préternaturelle ou plus simplement psycho-physiologique.

L'on peut imaginer, d'abord, que pour authentiquement mystique que soit le stigmatisé, les marques qu'il présente ne sont que l'expression d'un état psycho-physiologique spécial. C'est à cette dernière interprétation que se sont rangés nombre d'auteurs tels que Beaunis, Bourru et Burat, Puységur, Cullere, J. Voisin, Bourneville, Hartmann, Forel, Liébault Mesnet, Mantegazza, d'Abadir.

Selon une autre opinion défendue par Ludwig, la réalisation stigmatique devrait être tenue pour l'effet d'une action coordonnée et concordante de la nature et du préternaturel (*Zusammenwirken der Natur und Ubernatur*). Enfin, selon une troisième thèse, les stigmates du mystique doivent être scindés en deux groupes : le premier qui comprend la stigmatisation charismatique où l'agent préternaturel agit du dehors indépendamment du sujet et la seconde dans laquelle figure la stigmatisation *dia psycho-physiologique* dans laquelle la cause efficiente se manifeste par la mise en jeu de mécanismes physiologiques. C'est pour cette forme que l'on fait intervenir avec Goërres, la puissance de l'idée, la force réalisatrice de la pensée (*die Ideoplastik, die plastische Kraft*), « l'idéoplastie » telle que se la représente aujourd'hui encore Dom Mager (de Salzbourg).

Ainsi donc, selon cette hypothèse, certaines stigmatisations pourraient être considérées comme la figuration ou l'expression corporelle d'une idée qui se serait matérialisée.

FEUILLETON

Tenon

(1724-1816)

Ceux qui voient dans l'hérédité une raison fréquente de vocation médicale peuvent ajouter à leurs exemples celui de Tenon.

Ses deux grands-pères et son père avaient en effet exercé la chirurgie près de Joigny. Et c'est là, à Seepeaux, qu'il naquit le 21 février 1724, l'année même où des lettres-patentes établissaient, à Saint-Côme, des chaires de démonstrateurs, dont l'une d'elle devait lui être attribuée quelque trente ans plus tard.

Aîné de onze enfants, Tenon eut, selon son expression, la détresse de la maison paternelle pour principal maître.

Cependant, il se hasarda de venir à Paris faire quelque étude de la profession qui avait été celle de sa famille. Sa mère, faute d'autres ressources, lui avait donné une lettre pour un de ses parents ; mais il était si timide que, tant qu'il lui resta de quoi se procurer un peu de pain, il n'osa la présenter. Ce parent, avocat au Parlement, lui fut secourable, assez pour que, 80 ans plus tard, Tenon lui dédiât son dernier livre en le nommant l'auteur de sa fortune.

Fortune qui ne s'annonça guère au début. Ni l'anatomie, ni la chirurgie, qu'il devait illustrer, ne semblèrent d'abord convenir au jeune homme délicat et craintif qu'était Tenon. La chirurgie, telle qu'il la vit pratiquer à l'Hôtel-Dieu lui inspira une vraie terreur.

Et son dégoût pour l'anatomie ne fut guère moindre. Vainement il fit des efforts pour supporter le séjour des antres infects où ses camarades s'assemblaient pour disséquer. Il eut alors recours aux animaux et, sous ce nouvel aspect, l'anatomie lui devint un objet d'étude aussi familier que profitable, à tel point, dit-on, que Winslow, frappé de l'adresse dont ses préparations anatomiques témoignaient, l'admit à partager les travaux intérieurs de son laboratoire.

Mais des lettres patentes, enregistrées à l'instigation de La Peyronie, venaient d'obliger ceux qui étudiaient la chirurgie à se faire recevoir maîtres ès-arts. Tenon, qui pouvait à peine écrire quelques lignes correctement, recommença son éducation ; au bout de quinze mois, il parlait latin, entendait passablement le grec et pouvait être nommé chirurgien d'armée.

C'est en cette qualité qu'il fit la campagne de Flandre et assista à la bataille de Fontenoy où il gagna une maladie « née de la contagion ».

A peine guéri, il apprit que l'on venait de mettre au concours deux places de chirurgien principal dans les hôpitaux de Paris. Malgré Mgr. de Beaumont et La Martinière qui réservaient ces places à leurs protégés, Tenon fut nommé à la Salpêtrière.

Il nous a peint, dans ses Mémoires, cette maison comme une espèce de république de 8.000 femmes où pendant six ans il « monta tous les matins 2.000 degrés pour aller aux malades des différents dortoirs, cette visite devant être faite avant 9 heures, pour que la distribution des alimens et des médicamens puisse se faire à tems et heures ».

Mais si la Salpêtrière n'était pas un lieu de repos, c'était une

Après Virchow, nous nous sommes toujours élevé contre cette thèse qui nous paraît même véritablement impensable.

Si celle-ci était retenue, ne devrions-nous pas observer des stigmates chez des sujets qui ne sont point d'authentiques mystiques, mais chez lesquels la puissance plastique de l'idée se montre développée au point de s'exprimer par de singulières réalisations ainsi qu'on le voit dans certaines psycho-névroses et tout particulièrement dans l'hystérie.

Mais que devons-nous penser de ces cas de stigmatisation qui attirent périodiquement l'attention du public et s'enveloppent d'un si grand mystère qu'ils aiguisent la curiosité même des esprits les moins crédules ?

***

Parmi les faux stigmatisés, il en est dont la fraude apparaît trop grossière ou trop apparente pour prêter à longue discussion, tel ce débile mental que le Concile d'Oxford condamnait en 1224, « *Habens in corpore et membris scilicet a latere, manibus et pedibus quinque vulnera crucifixionis* » et dont la vie fut un scandale, tel aussi ce Robert de Montferrand (1231) qui se perçait les mains et les pieds le Vendredi pour imiter la Passion de Notre-Seigneur, telles encore la stigmatisée de Brüek et Caroline Beller, Crescentia Merklütsch, Julia Weisskirscher, telle enfin cette singulière Maria de Mörl qui défraya la chronique et qui retint récemment l'attention de M. J. Vinchon, après avoir excité la curiosité de Gœrres, l'un des plus grands théoriciens de la mystique allemande.

Mais déjà ce dernier exemple nous fait pénétrer dans une atmosphère beaucoup plus chargée de mystère, car le mensonge, la duperie se mêlent à la sincérité et même à la sainteté.

C'est aussi sur le même plan que se place cette énigmatique figure de Louise Lateau dont le cas fit l'objet de discussions passionnées à l'Académie de médecine de Belgique et dont l'étude fut reprise en 1936 par le Professeur Van Gehuchten. Rappelons en quelques traits, car ils sont très significatifs, les diverses périodes de la vie de la stigmatisée de Bois-d'Haine. Jusqu'à 16 ans, sa santé est excellente bien qu'elle ne soit pas encore réglée ; à 18 ans, des douleurs généralisées la torturent ; pendant un mois, elle se met au régime exclusif de l'eau, puis brusquement les règles surviennent et, deux jours après, cette fille à laquelle les derniers sacrements avaient été administrés, se rend à pied à l'église. Quelques jours plus tard, se produit un écoulement sanguin issu du côté gauche du thorax, et bientôt l'hémorragie se manifeste sur les pieds, puis sur les mains, enfin sur le front et beaucoup plus tard se révèle la plaie de l'épaule droite.

L'apparition de ces stigmates s'accompagnait d'extases; chaque vendredi, Louise assiste à la Passion du Sauveur, ravie à toute vie terrestre et complètement insensible à toute stimulation. De 1868 à 1875, Louise peut continuer de travailler ; à partir de 1875, les douleurs engendrées par les stigmates sont telles qu'elle est obligée de s'aliter pour mourir de privations en 1883. Au dire de son entourage, depuis 1871, Louise soumise à une inédie complète, ne consommait plus aucun aliment solide ni liquide ; toutes les fonctions naturelles, sauf la menstruation, étaient suspendues, nous assure-t-on.

Ce cas de Louise Lateau rappelle celui de la Madeleine si bien étudiée par Pierre Janet et où, dans une vie de renoncement, se mêlent étrangement de purs élans d'amour mystique à de vulgaires défaillances jointes à un orgueil tout à l'opposé de l'humilité et de la docilité du véritable mystique.

Le cas de Thérèse Neumann est trop connu pour que nous songions à en reproduire tous les traits ; rappelons seulement que Thérèse à 18 ans fut, au cours d'un incendie, affectée d'une émotion particulièrement violente à la suite de laquelle son caractère se modifia complètement en même temps que survenaient des perturbations de fonctions des sphincters, des douleurs rachidiennes et des crises convulsives suivies d'un état léthargique qui persista pendant six jours. Bientôt cet état se compliquait de cécité accompagnée d'anesthésie de la cornée, puis d'hémiplégie gauche doublée d'anesthésie. Enfin, survenaient le mutisme, la surdité de l'oreille gauche, puis la paraplégie.

A partir du vendredi 5 mars 1926, Thérèse éprouva des visions des scènes de la Passion qui se répétèrent régulièrement tous les vendredis. C'est au cours de ces « extases » que se montrèrent les stigmates des mains et des pieds, si nettement découpés que l'on aurait dit « que la peau y était taillée, et enlevée au couteau », ainsi qu'une plaie sur le thorax.

A cette époque, Thérèse vit sa santé d'autant plus compromise qu'elle cessa de consommer la moindre nourriture, elle recevait seulement chaque jour l'Hostie consacrée. Cette inédie complète fut soumise au contrôle de quatre religieuses assermentées pendant quinze jours. Or, si pendant les quatre premiers jours le poids corporel s'était abaissé de 4 kilos vers la fin de l'observation Thérèse avait regagné son poids primitif. Tout a été dit sur les « extases » de Thérèse, cet état singulier d'absorption au cours duquel se déroulent les scènes de l'Agonie du Sauveur que « Resl » mime de la manière la plus dramatique et auquel succède l'état de « repos élevé » (erhobener Ruhezustand) pendant lequel se manifeste la faculté de hiérognosie, de discernement des reliques, des esprits et des âmes.

Toutefois, cette observation ne peut être admise sans réserve car le Professeur Martini qui, du 22 au 23 mars 1938, eut la possibilité d'observer de près la stigmatisation, remarqua que ce fut précisément pendant les courts moments où les observateurs furent priés de quitter la chambre de Thérèse, que les écoulements sanglants se produisirent. D'où notre observateur de conclure qu'on ne peut trouver aucun preuve de l'issue spontanée du sang hors de la peau et qu'une série de faits lui ont imposé l'obligation de garder envers ces phénomènes singuliers une attitude très critique.

---

source d'expériences que Tenon mit à profit dans tous les domaines.

L'inoculation, malgré les efforts de Chirac, d'Helvétius, avait été jugée « criminelle, meurtrière » et était tombée dans l'oubli, d'où ne purent la faire sortir ni les écrits de Voltaire, ni le mémoire de La Condamine.

Cependant, lorsque vingt-deux ans plus tard, ce même La Condamine eut fait paraître son *Apologie de l'inoculation*, les esprits mieux informés, se firent moins hostiles à « la pratique anglaise ».

C'est alors que Tenon, dit Percy, ouvrit non loin de La Salpêtrière, une maison d'inoculation que la réussite de cette opération, pratiquée d'abord le 14 mai 1755, sur un jeune homme de vingt ans, le chevalier de Chastellux, puis sur des parents de Turgot et de Mme de Pompadour, rendit bientôt célèbre. Et on a pu dire, avec raison, qu'après La Condamine, Tenon a été en France le plus grand propagateur de l'inoculation à laquelle il n'hésita pas à substituer la vaccine, aussitôt qu'il put en apprécier l'incontestable supériorité.

En 1757, Tenon fut appelé à remplacer Andouillé dans la chaire de pathologie du Collège de Chirurgie. Cette agrégation, marquée par une thèse sur la cataracte, le fit entrer à l'Académie de chirurgie au titre d'académicien libre. Les procès-verbaux de cette compagnie témoignent qu'il y fut chargé de plusieurs rapports et régulièrement présent au Comité des Prix ou à celui de librairie. Mais cette activité cessa définitivement en 1759, année où Tenon fut élu à l'Académie des Sciences, comme adjoint anatomiste.

Un petite ruse — les élections académiques en comportent souvent — avait facilité cette élection. Il s'agissait de remplacer J.-L. Petit, mort depuit huit ans. Le directeur de l'Académie, Morand, qui désirait la place pour son fils, retardait sous mille prétextes l'élection, pour décourager les concurrents.

Or, en mai 1759, il fut pris de la goutte. Tenon, prévenu, en profita pour lire, sur l'exfoliation osseuse, un mémoire qui révéla son nom et son talent aux membres de l'Académie. Il n'y eut plus moyen dès lors de retarder l'élection et Tenon en fut le bénéficiaire.

***

Le passage de Tenon à la Salpêtrière lui avait déjà procuré une clientèle nombreuse, composée tout entière, comme il le dit lui-même, de mauvaise compagnie ou de très bonne, à qui il demandait suivant les cas un ou deux écus par visite. Avec les nouvelle dignités dont il venait d'être investi, cette clientèle ne fit qu'augmenter. Toutes les dames d'alors n'allaient pas consulter «les oracles» à Genève. Et Tenon pouvait aussi se flatter d'avoir pour clients des princes de sang, des favorites, des hommes d'Etat, des magistrats et même des aventurières.

Fort économe, il conservait les lettres de ses clients pour en utiliser les espaces blancs ; et, il est assez amusant de retrouver aujourd'hui, au verso de notes sur les dents du cheval ou sur les os, des invitations de Mme de Lamotte (celle de l'Affaire du Collier), de Tronchet, Oberkampf, Trudaine de Monsigny, de Beauval, ou des billets de belles dames comme la Comtesse de Jumilhac qui « prie M. Tenon de ne venir que mercredi, parce qu'elle va à Versailles et ne poura se purger que mardi » ; ou de Julie de Lespinasse qui « tousse à mourir » et

OBSERVATIONS PERSONNELLES. — Il nous a été donné d'observer plusieurs sujets chez lesquels apparurent des marques stigmatiques. Le premier est une jeune fille de 20 ans, très pieuse, qui faisait l'édification de sa famille au point qu'on la considérait comme une petite sainte. Elle rédigeait de longues notes sur son expérience intime et y déployait des sentiments qui paraissaient de bon aloi. Mais voici qu'un jour, elle se dit en butte aux maléfices du démon ; elle voit, elle entend la bête diabolique qui lui joue mille tours chez elle et à l'église. Elle demanda aide à un Directeur qui la fait surveiller. En se rendant un jour chez lui, c'était un vendredi, elle apparaît le front ruisselant de sang, les cheveux agglutinés par des caillots. L'hémorragie s'était faite, dit-elle, brusquement dans l'omnibus. Le vendredi suivant, le même phénomène se reproduisait dans les mêmes circonstances. On demande alors à cette jeune fille de venir un vendredi au début de l'après-midi, afin que nous constations directement le début du flux hémorragique. Or, le matin de ce jour, nous recevions une lettre dans laquelle cette jeune fille s'accusait d'avoir menti, d'avoir joué une comédie, poussée par une force à laquelle elle ne pouvait se soustraire.

A quelque temps de là, nous fûmes appelés à donner notre avis sur une jeune religieuse, elle aussi d'une conduite parfaite et d'une tenue spirituelle irréprochable. Dès son entrée au couvent, des extases l'avaient prise, au cours desquelles elle semblait égarée et agissait à la manière d'une automate. La multiplicité de ces apparents ravissements que l'on ne considérait point comme véritablement de nature mystique, décidèrent ses supérieures à la renvoyer de la communauté. Douloureusement affectée, cette novice accepta cette décision avec humilité et s'engagea comme modeste servante. Devant cette résignation, la supérieure du couvent lui permit de reprendre sa place dans la communauté. Les extases reprirent comme précédemment mais s'accompagnèrent de pleurs de sang, de sueurs de sang et de stigmates sous la forme d'une excoriation à l'épaule gauche et surtout d'une plaie dans la région précordiale. Tous les vendredis, l'effusion sanglante se reproduisait. Bientôt, cette novice déclare qu'au cours de ses extases, elle voyait apparaître Notre-Seigneur, Dieu le Père et un autre personnage qui n'était autre que le démon.

Les paumes des mains présentaient de légères excoriations sans importance, mais la plaie du côté affectait un aspect très particulier : sous forme de croix, une cicatrice linéaire chéloïdienne apparaissait sur le bord gauche du sternum croisée par une ligne plus discrète.

Les linges, la coiffe, la guimpe étaient littéralement imbibées de sang ; chose curieuse, la maculation du linge en contact avec l'épaule revêtait la forme d'un carré géométrique bien propre à éveiller tous les soupçons. Et cependant le comportement de cette religieuse non seulement ne donnait lieu à aucune critique, mais même excitait l'admiration de ses compagnes.

Récemment, je fus également appelé à observer une femme âgée de 40 ans, mère de quatre enfants, dont les antécédents apparaissent assez chargés de traits psychonévropathiques et qui, un jour, tandis qu'elle était en prière, se sentit inondée de sang. Selon son dire, ce sang lui coulait de partout ; elle rentra chez elle, puis fut transportée d'extase. Depuis lors, les extases se renouvelèrent avec une grande fréquence et régulièrement tous les vendredis, des douleurs apparurent dans les mains et les pieds et sur les téguments du front. Chaque vendredi à la suite ou au cours de l'extase, le flux sanglant ruisselle du front, des yeux, des commissures labiales ; on aurait même recueilli un jour 250 grammes de sang issu du côté. Malgré notre patience, nous n'avons pu jamais constater directement l'écoulement de sang et les observateurs n'ont été témoins que de la présence de sang coagulé ainsi qu'en font foi de nombreuses photographies. Le mari de cette femme que nous avons longuement interrogé, lui non plus n'a pu surprendre l'issue du sang à travers la peau, mais il nous a affirmé avoir vu directement le sang couler des paumes des mains au cours de l'extase et avoir été frappé de ce fait singulier que l'épanchement hémorragique se jouait des lois de la pesanteur et sur le bras abaissé remontait de la paume vers le pli du coude, phénomène qui a été souvent décrit chez les stigmatisés.

L'examen des marques stigmatiques, chez cette femme, fut assez décevant ; l'on constatait seulement quelques excoriations dans la paume des mains et de minimes éraillures sur le front, mais nul stigmate comparable à ceux qui figurent chez les authentiques stigmatisés. D'ailleurs, ce sujet, de même que le médecin qui l'avait observé de près, affirmaient que le flux sanguin s'effectuait en abondance à travers le tégument intact.

C'est à dessein que nous avons écarté jusqu'ici le point de vue psychologique, car celui-ci présente des caractères assez semblables chez les « stigmatisés » que nous avons en vue. Chez tous, les extases périodiques ou journalières s'accompagnent de visions qui se rapportent à la Passion du Christ et aux douleurs que le Sauveur a endurées.

En outre, ces soi-disant stigmatisées édifient, chacune, un système théologique et se gratifient de dons préternaturels surprenants : la divination des âmes, la lecture des sentiments et des pensées d'autrui les plus cachées. A l'exemple de Thérèse Neumann, notre dernier sujet prétendait scruter la conscience et deviner les fautes inavouées de certaines personnes qu'elle fréquentait. Il n'est pas besoin de faire remarquer combien peut être dangereuse la croyance en de telles facultés insuffisamment contrôlées surtout dans une communauté religieuse et le trouble que cette soi-disant perspicacité « supra-normale » peut y introduire. Il est également assez commun que l'évolution du processus stigmatique conduise

---

n'hésite pas pour recevoir Tenon à interrompre un billet à M. Guibert.

C'est que ce chirurgien, au tempérament médical, guérit aussi bien que Tronchin.

« Il surprenait ses malades, raconte Cuvier, par les questions et les conseils les plus imprévus, regardant les gencives ou les ongles à tel qui le consultait sur sa poitrine ; ordonnant un purgatif pour une douleur du genou, et produisant souvent ainsi des soulagements miraculeux ».

***

Avec la clientèle étaient venues aussi les missions officielles et, en ces années d'avant 1789, il est souvent fait appel à Tenon.

Ce fut d'abord pour le projet d'amélioration des prisons, établi sur les instances de Mme Necker soucieuse de montrer qu'aucune réforme bienfaisante ne laisse son mari indifférent. L'Académie des Sciences, sollicitée de donner son avis, avait nommé des commissaires : Lavoisier, Duhamel, Le Roy, Trudaine et Tenon qui se joignirent à ceux de la Société royale. Plans et documents furent fondus en un seul mémoire dont Lavoisier donna lecture à l'Académie. Mais, le 19 mai 1781, Necker était renvoyé par le roi et le rapport sur les prisons resta écrit d'académiciens.

En 1784, Tenon fut également des juges désignés par le Parlement, à la demande de Mesmer soucieux du mauvais effet produit par la condamnation de Deslon.

Cette même année, il avait été question, à l'Académie des Sciences, de nommer Fourcroy dans la section d'anatomie. Le duc de La Rochefoucauld, qui avait été son élève, Condorcet, Vicq d'Azyr, Daubenton, défendaient chaleureusement sa candidature. Mais ses adversaires, tout en prétendant qu'il était plutôt chimiste qu'anatomiste, en vinrent à soutenir que l'anatomie était une science faite et qu'il était à peu près inutile que l'on s'en occupât à l'Académie des Sciences. Tenon, pris d'une belle indignation, rédigea aussitôt un mémoire où il démontrait que l'anatomie n'était pas une science aussi avancée qu'on le croyait et que de multiples obstacles s'opposaient à ses progrès.

Ce mémoire fut seul imprimé ; un second dénonçait les inconvénients qu'entraînaient les exhumations auxquelles les anatomistes avaient habituellement recours. Ces pratiques resteront encore longtemps en usage, mais le mémoire de Tenon sera utilisé par le Directoire quand il organisera la police des salles de dissection.

Pour les hôpitaux aussi, les idées de Tenon furent des anticipations. Depuis le premier incendie de l'Hôtel-Dieu en 1737, il avait été souvent question de démolir cet hôpital où, écrivait Voltaire « les malades entassés les uns sur les autres se donnent réciproquement la peste et la mort ». Des mémoires, publiés par Antoine Petit, Leroy, avaient proposé diverses solutions, sans résultat. Ce n'est qu'en 1785 que celui de l'architecte Poyet fut retenu. Une commission de l'Académie des Sciences, composée de Tenon, Lavoisier, Daubenton, Bailly, examina ses propositions, et posa « les premiers principes de l'hygiène hospitalière abandonnée jusque-là à des maçons ».

Tenon en avait été le rapporteur et avait rédigé cinq mémoires qui furent réunis sous le titre : *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* et « imprimés par ordre du Roi ».

es sujets à se croire dotés d'une mission soit réformatrice, soit de direction.

Pour en revenir aux stigmates et aux écoulements sanguins comment pouvons-nous en comprendre l'origine et la nature ?

*
* *

Théories et critique. — Ainsi que nous l'avons rappelé, nombre de médecins et certains théologiens considèrent encore que ces stigmates peuvent être produits par une concentration de la pensée accompagnée d'une excitation de l'imagination et du sentiment sur un même thème : la Passion et les douleurs du Christ. C'est ainsi, par exemple, que Dom Aloïs Mager s'appuyant sur le cas d'Elisabeth étudié par le Docteur Lechler, admet que « une personne qui s'occupe intensément et religieusement de la Passion du Christ peut présenter des phénomènes psychogènes si elle y est prédisposée par des maladies », et le savant théologien, le Professeur Wunderlé ajoute «qu'on ne peut pas tout bonnement récuser le fait d'une stigmatisation naturelle, car le cas du Docteur Lechler « malgré les lacunes qu'il présente en est une preuve convaincante ».

C'est dans le même sens que se prononce le Professeur van Gehuchten (de Louvain) au terme de l'étude qu'il donna sur le cas de Louise Lateau. De même que Warlomont, van Gehuchten admet que l'hémorragie débute par des phlyctènes qui éclatent rapidement et qui peuvent être imperceptibles. Ces phlyctènes, l'auto-suggestion est capable de les produire, aidée par les douleurs qui conduisent à des attouchements répétés. Ainsi, chez Louise, qui toujours avait été hantée par le désir de la souffrance, les douleurs préludent à la stigmatisation, la congestion les suit de près « *ubi stimulus, ubi affluxus* ». Selon cette thèse, la production des stigmates dépendrait d'une perturbation dans le fonctionnement des centres vaso-moteurs localisés dans le bulbe.

L'étude du cas de Louise Lateau nous montre incontestablement, poursuit notre auteur, que les stigmates peuvent se produire chez certains sujets en dehors de toute supercherie ; et, si telle est la réalité, il nous faut admettre que les stigmates ne possèdent intrinsèquement aucune valeur réelle qui autorise à légitimer l'authenticité des visions et des autres phénomènes singuliers qui les accompagnent. Mais si les stigmates sont, dans la règle, précédés d'une période douloureuse, ne pourrait-on relier la production des marques stigmatiques aux algies dont le futur stigmatisé est affecté. Ce problème, J. Tinel s'est efforcé de le résoudre en supposant qu'une représentation particulièrement vive des souffrances du Christ en Croix peut être suffisante pour provoquer l'apparition de zones cutanées véritablement et intensément douloureuses dans les parties du corps correspondant aux cinq Plaies du Crucifié. A ce facteur central, se joindrait une cause périphérique, laquelle ne serait autre que la libération locale d'histamine, dont l'influence vaso-dilatatrice rendrait compte de l'éclatement des capillaires.

Pour séduisante que puisse apparaître cette thèse psychopsychologique, celle-ci est loin de rassembler tous les suffrages. Ainsi le R. P. Poulain déclare que les sciences psychophysiologiques ne lui semblent pas assez avancées pour que l'on puisse se prononcer nettement, et il ajoute que les preuves apportées en faveur des explications naturalistes sont illusoires. De même, le Docteur van der Elst résume son opinion en deux propositions : « 1° Dans l'état actuel de la science, il y a lieu d'admettre que les stigmates naturels n'ont jamais été observés, ni reproduits artificiellement par expérience ; 2° dans l'état actuel, nous pensons que les stigmates naturels sont inconcevables ». Presque aussi réservée se montre l'attitude de M. Journet qui écrit : « Tant qu'on n'a pas établi l'existence de stigmates naturels, nous croyons devoir considérer les stigmates théologiques comme préternaturels ».

C'est dans le même sens que nous nous sommes prononcés en refusant d'admettre la réalité des soi-disant stigmates naturels ou psycho-physiologiques. Et ceci pour de multiples raisons, dont la première, à laquelle on n'a pas assez songé, est que reconnaître à l'imagination et au sentiment une puissance efficiente telle qu'une idée peut s'imprimer dans le cerveau à la manière d'un sceau dans une cire molle, c'est, par le fait même, admettre qu'une pensée est chose matérielle inscrite dans les circonvolutions cérébrales, ce qui n'est pas. Toutes les données de la psycho-pathologie s'opposent à une telle conception. Si celle-ci était vraie, les lésions limitées de l'encéphale devraient avoir pour conséquence la destruction de ces idées qui feraient partie de la trame du cerveau. Or, cette hypothèse purement matérialiste, tous les faits les plus rigoureusement observés la contredisent.

Devons-nous rappeler une fois encore que les stigmates ne correspondent nullement à une plaie, à une escarre quelconque, mais qu'ils ont une forme figurative et symbolique et qu'on ne connaît aucune modification fonctionnelle du cerveau qui soit capable de déterminer une marque qui présente l'analogie la plus lointaine avec les stigmates. D'autre part, il est de science certaine que jamais il n'a été possible d'observer directement la formation des stigmates. Aussi bien le R. P. de Tonquedec que le R. P. Gemelli, qui a observé trente cas de stigmatisation, ont failli dans cette entreprise.

En dernière analyse, nous sommes donc conduits à cette conclusion que la production des marques stigmatiques requiert un élément préternaturel ou que les stigmates ont été créés par les sujets eux-mêmes. Cet élément préternaturel qui figure dans la réalisation des stigmates des Saints et que le contexte révèle, manque évidemment dans les cas que nous avons eus en vue. S'agit-il donc toujours et uniquement de fraude ainsi que le soutenait Virchow ? Il est permis de ne le point penser.

Il y exposait la triste situation des hôpitaux de France et de l'Hôtel-Dieu en particulier.

« Il est évident, disait-il, qu'il n'est point d'hôpital aussi mal situé, aussi resserré, aussi déraisonnablement surchargé, aussi dangereux, qui réunisse autant de causes d'insalubrité et de mort que l'Hôtel-Dieu. Qu'on se représente une longue enfilade de salles contiguës où l'on rassemble des malades de toute espèce, et où l'on entasse souvent 3, 4, 5 malades dans un même lit, les vivants à côté des moribonds et des mourants. Quelquefois les lits étaient à deux étages, et sur l'impériale on établissait une seconde couche de malades. L'air infecté des exhalaisons de cette multitude de corps malsains portant les uns aux autres les germes pestilentiels de leurs infirmités et le spectacle de la douleur et de l'agonie de tous côtés offert et reçu : Voilà l'Hôtel Dieu ».

Les études de Tenon ne s'étaient pas bornées à l'Hôtel-Dieu ; il était allé à la Salpêtrière, à la Charité, aux Invalides, à Saint-Denis, à Saint-Germain, à Versailles, faisant porter ses observations aussi bien sur la longueur des lits, la largeur des salles, la hauteur des marches d'escalier, que sur la quantité d'air, la lumière, le personnel et le matériel de ces établissements. « Car il s'agissait, dit-il, d'étudier les hôpitaux dans les hôpitaux même, et d'y saisir ce qu'une longue expérience avait indiqué comme nuisible, ou marqué du sceau de l'utilité ».

Les mémoires de Tenon eurent un effet prodigieux ; le roi, le public furent profondément émus. En quelques jours, une souscription de trois millions fut remplie.

L'Académie dressa des plans et, pour ne rien omettre d'utile dans le détail de l'exécution, elle envoya Tenon et Coulomb en Hollande et en Angleterre, les chargeant de visiter les hôpitaux les plus célèbres par leur bonne organisation.

Le détail de ces voyages est consigné tout au long dans les papiers de Tenon conservés à la Bibliothèque nationale.

On y voit que la sollicitude du chirurgien s'était attachée à tout ce qui pouvait intéresser l'hygiène hospitalière.

En proposant de multiplier les hôpitaux, d'en créer quatre pour remplacer l'Hôtel-Dieu, et de les reporter dans les quartiers excentriques à l'exception d'un seul destiné à servir d'hôpital de secours, Tenon avait pensé aussi à isoler les malades atteints d'affections contagieuses et à réserver l'hôpital de Sainte-Anne aux aliénés pour lesquels il prévoyait d'ailleurs vingt asiles dans le royaume.

Les premiers remous de la Révolution réduisirent à néant ces projets. Mais les efforts de Tenon n'avaient pas été vains et, c'est en s'inspirant de ses travaux que le Comité de Mendicité pourra réaliser la plupart des réformes qu'il accomplit dans l'assistance hospitalière.

*
* *

La Législative avait succédé à la Constituante le 1er octobre 1791. Parmi les 23 médecins qui siégeaient dans cette assemblée figurait Tenon, avant dernier élu des 14 députés de Seine-et-Oise.

Nommé membre du Comité de secours public, il resta étranger aux contingences de la politique pure.

Cependant son titre de député autant que sa renommée médicale lui valurent d'être consulté avec Deperetz, Gastel-

***

Certes, l'analyse exacte et l'observation attentive des cas les plus célèbres, comme de ceux que nous avons pu juger, incite à la plus grande réserve comme le fait remarquer le Professeur Martini pour Thérèse Neumann. Le Professeur Van Gehuchten lui-même reconnaît que chez Louise Lateau la fraude avait été surprise au cours des extases par le Père Huchant, son directeur, que le Docteur Warlomont ne fut pas peu surpris de découvrir dans l'armoire de Louise qui prétendait ne rien consommer, du pain blanc, de l'eau et des fruits. N'est-ce pas là un trait caractéristique et qui apparente ces sujets aux hystériques soi-disant anorexiques. Chez les trois stigmatisées que nous avons observées, la fraude, à notre sens, n'est pas douteuse en ce sens que les plaies stigmatiques et le flux hémorragique ont été créés artificiellement. Mais le terme de fraude qui sous-entend tromperie et mauvaise foi, est-il celui qui convient pour tous ces cas ? Nous ne le pensons pas, en raison du comportement social et moral dont témoignent certains sujets que nous croyons stigmatisés artificiellement.

A l'opposé des hystériques vulgaires, dont le but est d'attirer l'attention, de jouer un rôle, un assez grand nombre de stigmatisés gardent une attitude réservée et même se dissimulent dans l'obscurité des cloîtres. Davantage, l'on peut remarquer que plusieurs de ces stigmatisées mènent une vie spirituelle exemplaire, font l'édification de leurs compagnes et gardent une attitude pieuse qui ne se dément pas.

Faut-il rappeler le singulier aveu d'une de nos stigmatisées qui nous confia qu'elle avait été poussée par une force insurmontable à simuler la stigmatisation ? D'autre part, l'immense majorité des sujets aux marques stigmatiques sont des femmes dotées d'une imagination excessive et déréglée et, en outre, habitées de sentiments démesurés. Dans ces conditions, ne peut-on pas supposer que c'est moins pour attirer l'attention du public sur soi-même que le sujet réalise les simulacres des plaies du Christ que poussé par un désir d'identification toujours plus grand avec le Sauveur, afin d'éprouver dans son corps les souffrances de Jésus-Christ.

Cette interprétation que nous proposons à la critique est en harmonie avec les données psychologiques qui sont à la base de la névrose hystérique, non pas que nous entendions soutenir que les stigmatisés pathologiques soient assimilables à de purs hystériques, mais seulement qu'ils en offrent quelques traits essentiels dont le principe d'identification. Ce qui vient encore à l'appui de cette vue, c'est la manière dont se développent les phénomènes stigmatiques chez les sujets que nous visons. En effet, ce n'est pas au hasard qu'apparaissent les plaies, les sueurs et les pleurs de sang, les douleurs, les extases, bref tous les phénomènes qui singularisent ces pseudo- mystiques, mais selon un ordre, une règle quasi-immuable.

Il n'est donc pas illégitime de penser que nous sommes ici en présence d'une psycho-névrose qui se spécifie par des traits surprenants et très propres à frapper l'imagination et d'admettre ainsi que, à côté de la stigmatisation de saints, dont le mécanisme échappe à nos prises, il existe un état morbide dont on peut prévoir l'évolution et auquel il convient d'accorder la désignation de *Stigmatisme*.

Conséquences de la torsion du cordon spermatique sur la circulation épididymo testiculaire

Par MM. **GUILLEMINET** et **E. DUROUX** (de Lyon)

Notre attention a été attirée récemment sur un détail d'anatomie pathologique alors que nous venions de faire une castration pour torsion du cordon spermatique.

Il s'agissait d'un jeune garçon de 14 ans et demi chez lequel la torsion s'était installée deux jours et demi auparavant (1). Le début avait été brutal, comme d'habitude et s'était manifesté alors que l'enfant venait d'aller à la selle. Le chirurgien n'avait été appelé que trop tardivement et se trouva devant un scrotum d'allure très inflammatoire et du volume d'un petit melon. L'intervention n'eut lieu que quelques jours plus tard. Elle montra qu'il s'agissait bien d'une torsion du cordon juste au dessus de son entrée dans la vaginale. La torsion était de 180 degrés. Il y avait contraste entre l'aspect du testicule violacé, avec par places apparence de truffes, très friable, sans trace d'abcès, et celui de l'épididyme absolument noir infarci, comme injecté de caillots. Une castration fut faite.

L'asphyxie et la nécrobiose semblaient plus marquées au niveau de l'épididyme qu'au niveau du testicule.

Ce fait avait d'ailleurs été noté sans être retenu dans le protocole opératoire de certaines observations colligées dans diverses thèses (Perret, Paris 1929 ; Vialene, Paris 1935).

Cette constatation nous a donné l'idée en nous plaçant dans des conditions physiologiques, d'analyser ces phénomènes et de mettre en évidence la gêne apportée respectivement par la torsion à la circulation du testicule et à la circulation de l'épididyme.

Nous avons injecté les artères sous pression constante avec l'appareil de Ranvier. Cet appareil nous a permis

(1) Observation de Tr. GEORGES, communiquée le 15 février 1942 à la Société de Chirurgie de Lyon.

---

lier, Beauvais de Préau par son collègue Couthon qui souffrait de douleurs qu'on a attribuées à un rhumatisme chronique vertébral.

Les consultants, après avoir souligné — drôle de conception du secret professionnel ! — que le malade « s'était livré, dès l'âge de dix ans, à des excès dans les plaisirs solitaires » lui prescrivirent des bains chauds, l'électricité et le lait de chèvre « rendu tonique par l'addition de quelques grains de cachou ». Ajoutons que cette thérapeutique resta assez inopérante pour que, moins de deux mois après, Couthon se présentât devant la Société royale de Médecine où « ces Messieurs qui étaient en grand nombre lui exprimèrent le plus vif et le plus tendre intérêt » et lui « donnèrent des espérances ».

A l'Assemblée législative, Tenon prit la parole dans un débat sur l'âge à fixer pour le mariage. Il intervint, précisait-il, « non en anatomiste, ni en naturaliste », mais en se basant sur des conditions d'économie sociale, pour combattre les unions précoces ; sans succès d'ailleurs, puisque l'Assemblée adopta l'âge de 15 ans pour les garçons et 13 ans pour les filles. Et ce discours fut le seul de sa carrière de député ; Tenon s'empressa, après le 10 août, de se retirer à la campagne « contraint, dit-il, par la violence des orages politiques ».

***

Il avait quelques années auparavant choisi le petit village de Massy comme lieu de villégiature, parce que ses recherches sur la mortalité et la longévité des communes des environs de Paris lui avait démontré qu'on y vivait longtemps. Et, ce septuagénaire n'avait pas d'autre désir.

Dans son domaine, qui devait être de quelque importance puisqu'on en voit le propriétaire autoriser ses voisins à chasser sur ses terres de Chilly et de Massy, et toucher plusieurs fermages, Tenon passa les jours sombres de la Terreur, se livrant à des innovations agricoles — il était membre de la Société d'agriculture depuis 1760 — rédigeant des mémoires nombreux et variés, lisant beaucoup, sauf les feuilles publiques, et ne s'informant en aucune façon de ce qui se passait sur le théâtre des révolutions.

Il l'ignorait si bien, raconte Cuvier, qu'en 1795, lorsqu'il reçut du ministre Bénezech l'avis de sa nomination à l'Institut national, il se figura que c'était encore là quelqu'une de ces assemblées politiques auxquelles il se trouvait si heureux d'être devenu étranger, et qu'il hésita longtemps pour se décider à venir prendre une information plus exacte.

Mais, quand il se retrouva au Louvre, dans la même salle qu'autrefois, avec des collègues de cette Académie des Sciences dont il avait été le directeur en 1776, il se décida à rester et reprit le fil de ses anciens travaux sur les dents et sur l'œil.

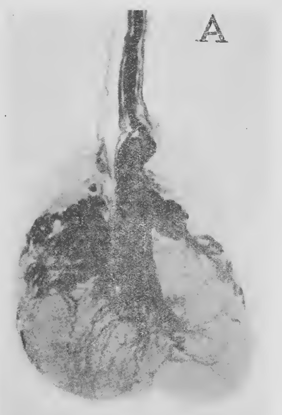
Il avait été amené à étudier cet organe, quelque cinquante ans auparavant, sur le conseil de La Martinière, qui lui avait dit combien Louis XV mettait d'importance aux maladies des yeux.

Fort de ce conseil, Tenon s'y était appliqué dans la recherche, la pratique et l'enseignement. Et la première chaire officielle d'ophtalmologie, celle de Deshais-Gendron (1765) fut due à son influence et à son succès.

Dès 1755, il s'était occupé des cataractes capsulaires et avait donné la pratique de l'extraction de la cataracte dans sa thèse

l'injection, sous une pression connue, des trois artères spermatique, déférentielle et funiculaire.

La masse d'injection a été de l'iodure de sodium en solution aqueuse à 10 %. Des essais avec de l'huile de linminium n'ont pas été satisfaisants, la densité du liquide étant trop forte pour des calibres artériels trop petits. Des essais, également infructueux, furent faits avec de l'oxyde de thorium. Il a l'inconvénient d'oxyder et d'obstruer rapidement les aiguilles utilisées pour cathétériser les artères. Le lipiodol fluide que nous avons utilisé quatre fois est certainement le meilleur liquide de même que tous les liquides utilisés à l'heure actuelle pour les artériographies. Parmi d'autres, l'iodure de sodium en solution à 10 % a l'avantage sur ces derniers d'être facile à obtenir en grande quantité. Il nous a donné d'excellents résultats.



Radiographie du réseau artério-veineux du testicule et de ses annexes. L'injection a été poussée par les trois artères ; le testicule se trouvant en place dans les bourses.

Le cliché a été pris après prélèvement du testicule et de sa vaginale.

Depuis les travaux de Sébileau et Arrou sur la circulation du testicule, parue dans les *Bulletins* de la Société de Biologie, 1892, p. 35, les thèses d'Arrou (Paris 1893) et de Colle (Lille, 1902) la vascularisation épididymo-testiculaire peut se schématiser de la façon suivante :

L'artère spermatique (branche principale) se divise et se ramifie en vaisseaux spermatiques et épididymaires qui s'anastomosent au niveau du pôle inférieur du testicule.

L'artère funiculaire vascularise le cordon.

L'artère déférentielle irrigue les tuniques internes des bourses.

Ces trois artères s'anastomosent entre elles au niveau du pôle inférieur du testicule. Cette anastomose décrite par Jahrisch en 1888, puis par Colle en 1902 est à peu près constante. On peut la retrouver sur certains de nos clichés.

Nous insisterons particulièrement sur les veines qui nous paraissent jouer un rôle important. Très nombreuses et volumineuses, elles se divisent en un groupe antérieur drainant le testicule et la tête de l'épididyme, et un groupe postérieur drainant le reste de l'épididyme.

Sur notre premier cliché A, les injections furent faites sur le testicule en place dans les bourses. Après un prélèvement soigneux du testicule et de ses annexes, l'examen radiographique a montré le cheminement des artères et surtout le développement des veines injectées presque d'emblée à contre courant. Si bien que les anastomoses artério-veineuses sont multiples et larges, et si leur point d'élection anatomique semble être le pôle inférieur de l'épididyme, en réalité, on voit les veines se remplir simultanément sur toute la hauteur de l'épididyme depuis sa tête jusqu'à la naissance du déférent. Par ailleurs, nous avons dépouillé le plus possible le cordon et le testicule de leurs enveloppes (fibreuse commune, crémaster et vaginale) et l'injection d'une seule artère, la spermatique, a été suivie presqu'aussitôt autour de l'épididyme surtout vers la tête et le corps, de la dilatation des veines.

Sur un testicule, nous avons injecté également une seule artère (la spermatique) à très faible pression, et l'organe

---

d'agrégation au Collège de chirurgie, thèse admirable dit Albert Terson, qu'il compléta en l'an 13, par 12 mémoires lus à l'Institut, dont celui « l'aponévrose commune », sur la capsule, qui est peut-être, de tous les travaux de Tenon, le seul connu aujourd'hui.

Ses études sur les dents furent au moins aussi nombreuses. Tenon les fit porter sur l'homme aussi bien que sur les animaux, en particulier sur le cheval, recourant à l'expérimentation, élevant, dit Cuvier, des poulains et des ânes qu'il faisait abattre au moment convenable. Mais ces études, restées manuscrites ou résumées dans les comptes rendus annuels de l'Académie des Sciences ne sont guère connues. Souhaitons qu'elles tentent un jour quelque stomatologiste amateur de vieux papiers.

***

En ces années studieuses qui marquèrent pour lui le début du siècle et sa quatre-vingtième année, Tenon était revenu rue du Jardinet où il habitait depuis 1780 (1). Il était là tout près de l'Institut, ne manquant aucune séance, entouré de l'affection de ses collègues qui l'élurent président pour 1809. « Son visage austère, sa haute stature que l'âge n'avait point courbée, son costume antique, sa démarche grave, en faisaient en quelque sorte, vis-à-vis de nous, dit Cuvier, le représentant de la génération précédente ».

La belle saison ramenait Tenon à Massy, dans une maison qui pouvait à peine contenir, raconte Percy, « les dessins, les instruments anciens et modernes, les pièces d'anatomie, les os extraordinaires, les modèles de toutes sortes d'appareils qu'il y avait accumulés ».

Et là, toujours préoccupé des autres, il écrivait à ses amis, tantôt leur communiquant quelque recette, comme celle envoyée à son « illustre » confrère l'abbé Grégoire, sur la façon de faire du vin avec des groseilles et de la cassonade, tantôt leur prodiguant des conseils de santé. Car devenu nonagénaire, Tenon s'était « fait un devoir de donner connaissance des moyens qu'il avait employés pour surmonter les multiples infirmités de la vieillesse ». Et c'est dans ce but qu'il publia, en 1813, *Offrande aux vieillards de quelques moyens pour prolonger leur vie.*

A la vérité, cette brochure de 14 pages, dont il rédigea maints brouillons et que semblent avoir ignorée ceux qui ont écrit sur la vieillesse, ne comporte pas de recettes magiques pour devenir vieux. Arrivé à 90 ans, Tenon constatait — ce qui n'est point pour étonner — que des choses dont il avait usé ne lui profitaient plus, tel le lait d'ânesse, ou lui étaient devenues nuisibles, comme le vin. Et il soulignait une fois de plus l'importance de l'exercice, de la tempérance, d'une vie régulière, des soins de la peau, de l'intestin, etc.

Ces préceptes de modération et de régularité, qu'il avait si bien observés, en auraient peut-être fait un centenaire si les événements politiques, funestes aux vieillards, n'étaient venus lui enlever la force et le courage de vivre. En juillet 1815, des soldats russes avaient occupé sa maison de Massy et, pour s'y loger à l'aise, avaient déménagé les livres et détruit les collec-

(1) Jusqu'à cette date, il avait habité rue Saint-Honoré « en face de l'Hôtel de Noailles », n° 211 actuel.

étant en place. Nous avons fait le prélèvement en mettant des pinces sur le *gubernaculum testis* et le cordon. La radiographie a montré l'extrême facilité avec laquelle le sang artériel se déverse dans les veines.

La série des clichés suivants montre les modifications apportées par le phénomène de torsion du cordon.



Sur le cliché n° 1, il s'agit d'un testicule après torsion du cordon à 360 degrés dans le sens des aiguilles d'une montre. L'injection a été faite avec l'appareil de Ranvier sous une pression de 12 centimètres de mercure, la masse étant de l'iodure de sodium à 10 %. Rien n'a passé. Il faut noter que l'injection crée un œdème considérable au-dessus du point de torsion, ce qui macroscopiquement transforme la torsion en une véritable ligature. Les veines sont distendues au-dessus du point de torsion. Les trois artères injectées (spermatique, funiculaire, déférentielle) n'augmentent pas considérablement de volume au-dessus du même point.

Sur le cliché n° 2, il s'agit du même testicule que sur le cliché n° 1, mais après détorsion et injection sous une pression de 10 centimètres de mercure. Nous retrouvons à peu près l'image du cliché A ce qui prouve que les parois artérielles n'ont pas été endommagées par la torsion.

Sur le cliché n° 3, nous avons injecté à très forte pression à la main, avec du lipiodol fluide, l'artère spermatique pour voir si nous pouvions forcer une torsion à 360 degrés. Le cliché montre que rien n'a passé, ce qui tend à prouver qu'une torsion à 360 degrés équivaut à l'oblitération massive des artères.

Sur le cliché n° 4, il s'agit d'une torsion à 90 degrés dans le sens des aiguilles d'une montre. Une injection de lipiodol a été poussée dans l'artère spermatique. La radiographie montre que cette ébauche de torsion ne modifie pas sensiblement le résultat de l'injection.

Dans l'ensemble, ces expériences font apparaître qu'une torsion inférieure à 90 degrés ne modifie guère le régime circulatoire du testicule et de l'épididyme. La torsion supérieure à 90 degrés et à plus forte raison à 360 degrés détermine l'anémie artérielle. Mais surtout *la torsion est suivie d'une intense dilatation des veines le long de l'épididyme, alors que le testicule reste à l'abri de ce phénomène veineux. Après une ébauche de torsion à 90 degrés alors que la striction est encore incomplète le système circulatoire épididymo-déférentiel triple son volume et devient turgescent ; le volume du testicule reste normal.*

La torsion de 360 degrés réalise un véritable étranglement qui enferme en vase clos cet œdème veineux.

Ces constatations expérimentales confrontées avec les constatations cliniques dont nous avons fait mention autorisent la même conclusion : c'est que la torsion doit retentir d'une manière plus intense sur l'épididyme que sur le testicule et qu'elle se traduit par un engorgement veineux massif.

R. Grégoire et R. Couvelaire (1) ont distingué l'infarctus vrai par torsion et ce qu'ils appellent l'apoplexie testiculaire. Si Chevassu a pu constater le bien fondé de cette distinction, de nombreux auteurs étrangers à la suite de Cédermar de Stockholm, et francais (Grégoire, Couvelaire, Hamant, Girard, Bréchot, Charbonnel) ont pu cependant publier des observations et isoler ainsi une entité anatomoclinique, à laquelle est réservé depuis Grégoire et Couvelaire le nom d'apoplexie testiculaire. Dans la torsion, il y a infarctus par oblitération des vaisseaux, dans l'apoplexie « l'interprétation est bien autrement difficile » pour employer la phrase de ces derniers auteurs. Si ceux-ci ramènent l'accident d'apoplexie testiculaire au rang des mêmes accidents constatables sur l'intestin, le pancréas, le poumon, l'utérus et même le cerveau, en le définissant comme « l'asystolie des capillaires de l'organe sous l'influence d'un trouble du système neuro-végétatif », l'interprétation, si l'on en croit d'autres travaux, n'est pas univoque. Certains admettent l'embolie ou la thrombose spontanée des vaisseaux du testicule, ce qui n'est pas démontré. D'autres invoquent le traumatisme, les manipulations opératoires, l'effort.

Lehmann et Mac Corman (cités par Grégoire et Couvelaire) émettent l'hypothèse de la compression du plexus

(1) R. Grégoire et Couvelaire. — Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques. Masson 1937.

---

tions. Tenon quitta sa maison des champs pour revenir rue du Jardinet et ne fit plus dès lors que décliner. Profondément affecté par la mort de ses collègues Guyton de Morveau et Mentelle, il assista encore à la séance publique de l'Institut. Il y eut froid. Et un léger catarrh[illegible] 16 janvier 1816.

Né pendant un interrègne, Tenon ayant vécu sous trois rois, pris part à la Révolution, connu [illegible] de l'Empire et vu crouler au néant bien d[illegible], il n'en avait gardé aucun étonnement et, au soir de sa longue existence, il regrettait seulement de n'avoir jamais eu le temps de se marier, ni ne se faire portraicturer.

De fait, on ne connaît l'effigie de Tenon que par un dessin de Noël Hallé, aujourd'hui perdu. Cependant son nom, parce qu'il figure au fronton d'un hôpital, est aussi populaire que celui de Bichat ou de Laënnec. Et sa tombe, restaurée, au Père-Lachaise, atteste que la postérité a été équitable envers cet homme pour qui « le bien général avait été le seul but ».

Maurice Genty.

Bibliographie. — Tenon : Mémoires et observations sur l'anatomie, la pathologie et la chirurgie. Tome I, Paris, 1806, in-8°. — Cuvier : Eloge historique de Tenon *in* : Recueil des Eloges historiques... Paris, 1819, t. 2, pp. 289-304. — Percy : Discours aux funérailles de M. Tenon, le 17 janvier 1816, in-4°, 8 p. — Carlier (Paul) : Un précurseur de Pinel : le chirurgien Tenon. *Bull. de la Soc. franç. d'histoire de la médecine*, t. XIX, 1925, pp. 376-385. — Tenon (Albert) : Tenon comme ophtalmologiste. *Bull. de la Soc. franç. d'histoire de la médecine*, t. XXVII, 1933, pp. 15-22. — Tenon : Manuscrits, Bibl. Nationale. Nouvelles acquisitions françaises, 12 vol. — Tenon : Papiers divers, la plupart sur les [illegible], 2 cartons, Bib. de l'Académie de médecine.

pampiniforme et de la spermatique par le côlon rempli de matières chez un sujet constipé.

Le Roy des Barres (Société de Chirurgie, 1929, cité par Grégoire et Couvelaire) qui observa un cas apparu à la suite d'une kélotomie invoque une gêne dans la circulation de retour du sang par dilacération des veines du cordon. Hamant et Girard accusent le bandage herniaire d'avoir provoqué le trouble circulatoire.

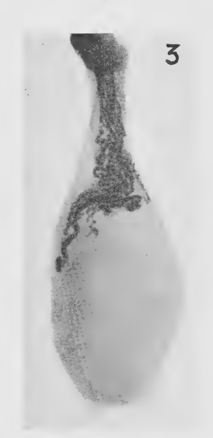
Nous nous arrêterons davantage sur les travaux expérimentaux de Grégoire et Couvelaire qui ont pu obtenir des apoplexies partielles ou totales du testicule chez le lapin et le cobaye à testicule migrateur. Ces auteurs ont pu écrire « En l'absence de toute raison valable qui permette d'expliquer ces infiltratiosn sanguines soudaines suivies de nécrobiose, nous nous sommes demandé si nous ne nous trouvons pas en présence d'une apoplexie viscérale par trouble de la circulation des capillaires, comme en produisent les altérations du système neuro-végétatif. Ainsi l'infarctus sans cause du testicule et du cordon rentrerait dans cet ordre d'affections que nous essayons d'identifier et pour lequel nous voulons rétablir le nom d'apoplexie hémorragique ».

Tout en admettant cette conception et la distinction entre l'apoplexie et l'infarctus par torsion, nous voudrions attirer l'attention sur deux faits particuliers :

Comme le remarquent Grégoire et Couvelaire, l'oblitération des vaisseaux ne devrait entraîner qu'une simple ischémie, or, il est exceptionnel que l'infarctus par torsion ne se manifeste que par une simple atrophie de la glande sans aucun phénomène aigu et douloureux. Nous citerons à ce propos les travaux de Gosset et Patel sur l'infarctus iléo-mésentérique, qui rappellent les expériences de Mall et Welch où l'infarctus apparaît non comme la conséquence d'un arrêt circulatoire, mais d'une diminution du débit sanguin dans un territoire donné. D'autre part, Grégoire et Couvelaire rapportent que, dans l'observation première de Czermark, le malade avait présenté deux ans auparavant un accident apoplectique semblable à celui qui l'amenait à consulter. Or, M. Santy, à la Société de Chirurgie de Lyon (5 février 1942) a rappelé qu'il avait observé un malade ayant eu une double torsion, le second accident étant séparé du premier par plusieurs mois d'intervalle. C'est pourquoi plus récemment M. Santy, faisant de la torsion une lésion de migration par anomalie congénitale, s'est-il cru autorisé au cours d'une castration unilatérale pour torsion à faire une fixation prophylactique du testicule sain.

Aussi, de l'ensemble de cette étude retiendrons-nous plusieurs données : l'étiologie veineuse de l'apoplexie professée par quelques auteurs, le fait que les expériences de Grégoire et Couvelaire ont été instituées sur des animaux à testicule migrateur, sur le fait de la bilatéralité rare, mais constatée tant pour l'apoplexie (Czermark) que pour la torsion (Santy), sur le fait enfin que, dans la torsion, on met souvent en évidence des phénomènes aigus (début brutal, augmentation de volume de la glande, participation du cordon, épanchement vaginal, augmentation de la température chez des sujets jeunes et robustes dans l'apoplexie testiculaire comme dans l'infarctus par torsion). Sur le testicule, nous pensons que si l'apoplexie peut se voir à l'état isolé, l'infarctus vrai se complique très certainement, et dès l'ébauche de torsion, des mêmes phénomènes que ceux que déclenche l'apoplexie (3).







Trois facteurs nous semblent primordiaux : les phénomènes de migration et de mobilité, les phénomènes veineux et les phénomènes vaso-moteurs.

En effet, quelles que soient les précautions prises pour rester dans les limites physiologiques, on ne peut réaliser expérimentalement les irritations qu'entraîne la torsion sur le système nerveux vasculaire. En fait, l'œdème mécanique et la dilatation veineuse sus-stricturale sont indéniablement, sur le vivant, la cause de perturbations vaso-motrices graves ou aggravantes ; ils précèdent cette asys-

(3) Voir à ce sujet, les travaux de J. Gosset et J. Patel. (*Presse médicale*, 1939) sur les constatations histologiques concernant l'infarctus iléo-mésentérique et sur la pathogénie commune à tous les infarctus.

tolie capillaire que la multiplicité des veines ne peut que favoriser (1).

Parlant de la circulation cérébrale, Lardennois avait considéré que les accidents de ligature de la carotide interne n'étaient pas dus à l'ischémie brusque, mais à un acte vaso-moteur brutal déterminant la constriction spasmodique durable des vaisseaux de voisinage. Cette opinion peut être reprise ici et elle est d'autant plus vraisemblable que la circulation du testicule et de l'épididyme est en quelque sorte terminale, provenant des seules trois artères spermatique, déférentielle et funiculaire unies dans le même pédicule.

Ainsi,rôle des veines et rôle vaso-moteur nous semblent se conjuguer dans les torsions testiculaires pour rendre prépondérantes les lésions sur l'épididyme. L'engorgement veineux électivement épididymaire créé par la torsion déclencherait un blocage capillaire plus serré et une hémorragie interstitielle plus accentuée dans l'épididyme d'après les travaux actuels sur le mécanisme de l'infarctus.

Il est difficile de préciser comment ces phénomènes s'enchaînent à partir du moment où s'installe la torsion; il est très vraisemblable qu'ils font en quelque sorte « boule de neige » s'interpénétrant les uns les autres.

En deuxième lieu, nous voulons faire justice d'un mécanisme pathologique qu'il est classique d'invoquer pour les torsions testiculaires : la torsion s'amorcerait sous la poussée d'une hyperhémie de l'organe. Des injections brusques et brutales sous des pressions de 25 ou 30 centimètres de mercure et même plus, allant jusqu'à la rupture, ne nous ont jamais fait observer la moindre rotation.

COURS ET CONFÉRENCES

La cachexie hypophysaire (2)

Par Guy LEDOUX-LEBARD

Depuis la description première de Simmonds (Hambourg, 1914) qui individualisa l'affection comme unissant une cachexie à une altération du lobe antérieur de l'hypophyse et lui laissa son nom, le nombre de cas authentiques publiés ne dépassa guère la centaine. Par contre s'est manifestée, chez quelques auteurs, une tendance à élargir le cadre de la cachexie hypophysaire: nous verrons ce que l'on doit en penser.

Elle atteint bien plus souvent *la femme* que l'homme et quoi que sa cause déterminante soit généralement inconnue, le rôle des grossesses, en particulier des grossesses compliquées, reste indéniable. On la rencontre donc généralement à l'âge moyen de la vie. Exceptionnellement, elle peut être liée à l'atteinte de l'hypophyse par une infection, une tumeur.

Dans son **tableau symptomatique**, le signe qui frappe dès l'abord c'est l'importance de l'amaigrissement, véritable *cachexie*. Elle a pour caractère d'être précoce, c'est un symptôme initial, global, rapide, atteignant ainsi à une perte de plusieurs dizaines de kilogrammes. Elle s'accompagne d'*asthénie*, parfois extrême.

L'*anorexie* est habituelle, dégoût des aliments auquel s'ajoute parfois la crainte des douleurs gastriques qu'ils provoquent.

L'*aménorrhée* constitue le deuxième symptôme de premier plan. Apparu rapidement, avec l'amaigrissement, l'arrêt des règles est généralement vite total, mais souvent s'observent, de loin en loin, quelques faibles pertes sanguines sans aucun rapport avec l'importance des règles antérieures. Cette aménorrhée peut s'accompagner d'une atrophie de l'utérus.

Les *troubles des phanères* sont très importants. La peau est sèche, ridée, rugueuse, parfois écailleuse, pigmentée, *le réflexe pilo-moteur est diminué*, les poils des aisselles et du pubis s'éclaircissent, les cheveux sont secs, parfois avec une alopécie ; les dents s'ébranlent puis tombent.

Finalement ces malades présentent en règle, un aspect sénile sur lequel insistait Simmonds. Il peut s'accompagner d'un blanchissement des cheveux.

Le retentissement *cardio-vasculaire* est particulièrement net. La tension artérielle est basse et cette hypotension porte sur la maxima et sur la minima; elle s'accompagne, ainsi que nous y avons insisté avec notre maître, le Professeur Loeper, d'une *hypotonie artérielle*. Le pouls est, en effet, à peine perceptible, il disparaît presque le bras levé, et augmente, au contraire, lorsque le bras est abaissé en dessous du plan du lit, donnant alors une sensation de *plénitude artérielle*. Corrélativement, l'indice oscillométrique présente de grandes différenees. Ces troubles paraissent sous la dépendance d'une véritable « léiasthénie artérielle ». La tachycardie est habituelle, vers 50, parfois moins.

A ces symptômes cardinaux viennent s'ajouter des signes plus accessoires.

Les *troubles digestifs* sont au premier rang des préoccupations de l'entourage, l'*anorexie* les domine, et peut devenir presque invincible. Elle s'installe parfois brusquement et s'accompagne souvent de douleurs abdominales de topographie et d'irradiation variables. L'estomac présente d'ailleurs une dyspepsie motrice et sécrétoire ; l'intestin est paresseux, ce que confirme l'étude du transit intestinal ; il existe de la constipation ou de la diarrhée.

Tous ces signes paraissent sous la dépendance d'une atteinte simultanée du lobe postérieur avec un *état atonique des fibres lisses* (Loeper).

Les *troubles psychiques* sont égalcment constants et c'est là une des difficultés de la discrimination avec l'anorexie mentale.

Les troubles de l'affectivité sont dominants, soit avec hypersensibilité égocentrique, soit avec mélancolie ou même accès maniaques. Ces femmes ou ces jeunes filles sont souvent dans leur milieu familial dans un état d'agacement et de contradiction perpétuel, par contre, elles se prêtent de bonne grâce à l'examen.

Les fonctions intellectuelles sont troublées dans leur ensemble.

Plus souvent, on rencontre de la confusion mentale, des épisodes délirants ou une involution infantile (Bickel).

L'*hypothermie* de ces malades est à peu près la règle, avec souvent un aspect monothermique de la courbe de température.

Le reste de l'examen n'apporte rien d'essentiel, sauf s'il s'y ajoute un syndrome tumoral lié à la compression de la région hypophysaire et des signes d'hypertension intracranienne, éventualité rare, car l'affection apparaît le plus souvent comme primitive.

Il est certain qu'en l'absence de signes de certitude et des difficultés diagnostiques, les tests fournis par le *laboratoire* seraient très importants, ils sont malheureusement inconstants.

Deux d'entre eux cependant méritent d'être mis à part : l'abaissement du métabolisme basal et l'hypoglycémie.

Le métabolisme de base présente en effet une nette diminution pouvant atteindre 30-40 % et c'est là, disent May et Robert, un des traits les plus originaux de la maladie, les maigreurs s'accompagnant habituellement d'un métabolisme accru. Cette diminution a d'autant plus de valeur qu'elle se retrouve également après hypophysectomie.

La glycémie est elle aussi abaissée, de façon modérée, il est vrai ; en outre, les épreuves étudiant la glycorégulation montrent une certaine instabilité.

Le métabolisme de l'eau est rarement troublé, exceptionnellement on a observé la coexistence d'un diabète insipide.

Quant aux tests endocriniens, nous nous bornerons à signaler celui d'Aron. Il cherche à mettre en évidence les thyriostimulines hypophysaires éliminées dans les urines,

(1) L'oblitération veineuse a été invoquée dans l'infarctus iléo-mésentérique. Farah. Thèse Paris 1929. Voir à ce sujet les travaux d'AMELINE et LEFÉBURE (Congrès de Chirurgie, 1935).

(2) Leçon faite à la Clinique thérapeutique de Saint-Antoine. (Professeur M LOEPER), le 13 juin 1942.

mais il est trop imprécis (Stévenin et Gaube) pour fournir des indications utiles.

L'*évolution* de la cachexie hypophysaire est redoutable, car elle est très souvent fatale (44 cas sur 80, Robert), mais tardivement, au bout de plusieurs années. Les traitements opothérapiques actuels associés à une réalimentation bien conduite permettent dans nombre de cas d'amener la guérison, du moins lorsque le traitement n'a pas été trop tardif.

Les **formes cliniques** de la maladie comprennent essentiellement des formes plus frustes, dégradées symptomatiques qui ouvrent la discussion des parentés morbides de la maladie de Simmonds.

Bickel a individualisé en 1935, sous le terme de *maigreur hypophysaire*, les formes sans cachexie profonde, véritables formes mineures de la maladie.

Les formes sans aménorrhée sont rares, de même les formes sans hypoglycémie, les formes associées à une polyurie insipide, à une hyperthyroïdie, à une acromégalie.

On a voulu également rattacher à la cachexie hypophysaire des syndromes liés à l'insuffisance prédominante d'un des principaux appareils glandulaires, dont la défaillance est peut-être elle-même commandée par l'hypophyse, chef de file endocrinien. Dans ce groupe peuvent entrer la progetia de Gilford ou nanisme sénile (Variot) rencontré chez l'enfant, l'infantilisme régressif de Gandy, le syndrome d'infantilisme hypophysaire fruste décrit par Hutinel, la dégénérescence génito-sclérodermique de von Noorden et même certains cas d'hypoglycémie spontanée. Ces rares et divers syndromes semblent survenir à des périodes où l'hypophyse présente une activité fonctionnelle et des aspects histologiques particuliers : puberté, grossesse, accouchement, ménopause après grossesses multiples, ou simplement maladie infectieuse grave.

La **pathogénie** de la maladie et celle de ses symptômes cliniques mérite que nous nous y arrêtions étant donné les discussions dont elle a été l'objet. Anatomiquement, l'*atteinte hypophysaire* est prouvée, mais il est des cas, assez nombreux, dans lesquels l'étude la plus attentive n'a pas révélé de lésions (de Gennes), fait que certains ont aussitôt interprété comme lié à une insuffisance purement fonctionnelle, mais que d'autres estiment prouver que le facteur hypophysaire n'intervient pas nécessairement dans la genèse du syndrome. Il faut, en effet, remarquer la fréquence des lésions glandulaires associées : surtout celles du tractus utéro-ovarien, particulièrement nettes dans certaines observations, de la cortico-surrénale, des îlots pancréatiques même.

De ces constatations anatomo-cliniques, on peut essayer de dégager la *physiopathologie* du syndrome. Son origine endocrinienne : hypofonctionnement du *lobe antérieur*, bien que la cause en reste encore hypothétique (troubles vasculaires, infectieux, bouleversement puerpéral ?) a un substratum expérimental (Smith, 1927).

Parmi les hormones antérieures, les hormones gonadotropes et métaboliques expliquent l'aménorrhée et la cachexie, tandis que d'autres symptômes semblent dépendre de la surrénale, du corps thyroïde, tels les troubles des phanères, d'autres encore ne peuvent s'expliquer que par une atteinte simultanée du lobe postérieur.

Au total, il s'agirait, selon cette conception, d'un syndrome pluriglandulaire lié à une insuffisance commandant les autres : celle de l'hypophyse ; mais le syndrome emprunte également sa symptomatologie à ces insuffisances partielles. On comprend ainsi que ces dernières, plus ou moins combinées puissent réaliser des syndromes d'aspect clinique voisin mais n'entrant pas nécessairement dans le cadre de la cachexie hypophysaire.

Le **diagnostic** se pose avec les autres cachexies viscérales : tuberculose, cancer, avec la misère physiologique, mais ces dernières éliminées, il revient essentiellement à discuter l'*anorexie mentale*.

Son tableau est bien connu. Il s'agit d'une jeune fille grêle, chétive, dont l'interrogatoire apprend qu'elle s'est mise à restreindre de plus en plus son alimentation, est devenue de plus en plus renfermée, a commencé à maigrir considérablement et à s'alimenter d'une manière tout à fait insuffisante. Puis sont survenus : l'aménorrhée, un état saburral, l'activité pouvant rester relativement considérable, et l'indifférence vis-à-vis de cet amaigrissement paraissant notoire.

Ce sont des sujets qui, (selon la définition classique de Déjerine), sous l'influence de *représentations mentales* prennent le dégoût de toute espèce d'alimentation et parviennent à inhiber en eux la sensation de faim. Si on y joint leurs capacités de ruse et de dissimulation, ce sont bien des anorexies ayant un caractère mental ou hystérique (Lhermitte).

Telle est l'anorexie mentale qui s'oppose, pour les psychiatres, à la maladie de Simmonds, car les endocrinologistes ne manquent pas d'insister sur les nombreux points communs que présentent les deux affections.

L'amaigrissement peut être, en effet, aussi marqué dans les deux cas et l'évolution de l'anorexie mentale abandonnée à elle-même est fréquemment mortelle. Les troubles digestifs peuvent être la conséquence de la dénutrition, bien qu'ils soient cependant moins caractérisés dans l'anorexie mentale. L'aménorrhée précoce elle-même ne constitue pas, à proprement parler, un symptôme glandulaire et les aménorrhées dites de guerre en sont un exemple. Les troubles psychiques ont certes plus de valeur à la période initiale, mais lorsque le tableau est au complet, il n'est plus possible de s'y fier.

Reste alors l'épreuve thérapeutique bien qu'elle ne garde pour beaucoup toute sa valeur que d'une façon unilatérale. Car si le succès obtenu par l'isolement et l'alimentation forcée permettent évidemment de conclure en faveur de l'anorexie psychique, celui obtenu par l'opothérapie ne permet pas de rejeter ce diagnostic.

Ce sont ces similitudes et l'absence d'un critérium valable qui ont conduit nombre d'auteurs à se demander s'il n'y avait pas entre les deux affections une étroite parenté, tout au moins dans le mécanisme des symptômes, impliquant, dans les deux cas, une *intervention hypophysaire* : l'anorexie mentale rejoint la cachexie hypophysaire par l'inanition endocrinienne qu'elle finit par provoquer (Loeper et J. Brouet-Sainton). On peut aussi très bien concevoir qu'un état psychologique retentisse sur le dispositif neurovégétatif commandant l'activité endocrinienne et spécialement l'hypophyse, l'anorexie mentale serait alors l'expression d'un syndrome de Simmonds d'*origine psychologique* (Ryle, Hyland, Lhermitte).

Mais à trop vouloir élargir le cadre de la cachexie hypophysaire, à vouloir en faire un syndrome, on arrive à une confusion et à des dangers dans le traitement de ces affections.

Il y a des cachexies et des maigreurs hypophysaires d'une part, il y a des anorexies mentales d'autre part. Même si ces dernières peuvent s'accompagner de troubles de la sécrétion hypophysaire elles doivent être légitimement distinguées des précédentes, par leur mentalité s'apparentant au psychisme de l'hystérie, par leur tendance à la guérison avec un traitement approprié. En cas de doute, c'est toujours le traitement de l'anorexie mentale que l'on mettra en œuvre, car c'est souvent un véritable traitement d'attaque qui est nécessaire, il n'exclut d'ailleurs pas l'opothérapie associée, alors que la conception inverse risque d'aboutir à des catastrophes.

C'est entre ces deux cadres opposés que vient se placer la *cachexie restrictive* (N. Fiessinger) observée chez des jeunes femmes qui, sous l'effet de troubles dyspeptiques, restreignent leur alimentation de façon quantitative, mais aussi qualitative en particulier en déchets cellulosiques et dont la guérison est facile.

Traitement. — Le lobe *antérieur d'hypophyse* que Reye prescrivit le premier à ses malades en leur faisant absorber

des glandes fraîches pourra être donné en extrait sec, ou mieux en injections. On pourra aussi faire pratiquer des injections d'hormone somatotrope et gonadotrope, en choisissant des produits dont l'efficacité soit prouvée.

Mais la part léïasthénique de la symptomatologie commande d'associer aux extraits antérieurs ceux du *lobe postérieur* (Loeper). Ceux-ci étant inactifs par voie buccale seront administrés par voie sous-cutanée sous forme d'injections de 1 c. c. contenant 0,05 à 0,025 de lobe postérieur et correspondant à 1/4 ou 1/2 lobe ou à 10 ou 30 mille unités internationales. Ces injections seront faites, par séries de dix, à raison d'une injection tous les deux jours.

A l'opothérapie hypophysaire, thérapeutique majeure, il convient d'associer une opothérapie symptomatique tendant à suppléer aux défaillances glandulaires accessoires. Parmi celles-ci, l'opothérapie *ovarienne* constitue la plus importante, soit par voie buccale ou per-linguale, soit mieux par voie sous-cutanée. La folliculine sous forme de di-hydrobenzoate d'œstradiol a donné à R. Clément et Mlle Delon, de remarquables succès chez des filles d'une quinzaine d'années.

Signalons encore : les extraits surrénaux totaux par voie buccale ou sous-cutanée, l'extrait cortical actif ou synthétique (acétate de désoxycorticostérone) qui méritent d'être essayés bien que nous n'en ayons pas obtenu de résultats intéressants au cours d'une tentative isolée.

Enfin, il est permis d'espérer que d'autres thérapeutiques substitutives plus efficaces et plus pratiques seront peut-être mises au point : implantations sous-cutanées de greffons glandulaires, d'extraits naturels ou synthétiques. Cette voie pleine d'espoirs n'étant encore qu'à la période de tâtonnements.

Les traitements *adjuvants* ne sont pas à négliger et à l'opothérapie on associera le traitement calcique, la vitaminothérapie A et D. Le sérum sucré fournira un appoint nutritif et fera remonter la glycémie, tandis que le sérum physiologique permettra de combattre la déshydratation et d'amorcer une reprise de l'appétit et du poids.

Par contre, on se montrera extrêmement sobre de médicaments par voie buccale, inefficaces autant que mal tolérés et on se bornera à la solution chlorhydro-peptique, aux extraits pancréatiques.

Enfin, étant donné l'état mental et de dénutrition de ces malades, le traitement ne devra être entrepris que concurremment avec l'isolement, le repos au lit et un traitement psychothérapique à base d'autorité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1942

Séquelles graves d'entorses bénignes du cou-de-pied. — *M. H. Billet.* — Souvent méconnues, ces séquelles, parmi lesquelles figure l'ostéoporose généralisée des os du pied, peuvent, faute d'être soignées en temps utile, s'aggraver irrémédiablement, ou bien donner lieu à des erreurs regrettables de diagnostic. Dans l'une de ces observations, une fillette fut plâtrée pendant plus d'un an pour une soi-disant tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.

L'infiltration systématique des foyers de fracture ou d'entorse avec de la novocaïne, suivant la méthode de Leriche, semble être le meilleur moyen préventif de ces complications.

L'anesthésie du sympathique lombaire, l'irradiation radiothérapique de la région lombaire, et, en dernier ressort, la sympathicectomie périfémorale, constituent la base du traitement de ces séquelles.

Sur quelques principes fondamentaux relatifs à la vaccination antitypho-paratyphique. — *M. H. Vincent,* à la suite d'expériences anciennes et multiples, a constaté que la vaccination antitypho-paratyphique ne peut être assurée par les toxines seules ou formolées, mais seulement par les corps microbiens tués suivant une technique définie *qui ne doit modifier ou n'affaiblir en rien leur pouvoir antigène et spécifique.* Le vaccin bacillaire est efficace parce que la phase de début des maladies typhoïdes est strictement microbienne avant d'être toxique. En visant le microbe pathogène par la production de bactériolysines actives et spécifiques, on exerce ainsi d'emblée sur l'infection une action d'arrêt décisive.

Mais la spécificité des bacilles typhique et paratyphique tués est d'une fragilité excessive. Parmi les nombreuses méthodes chimiques ou physiques utilisées pour tuer ces microbes, la plupart, y compris la chaleur, ont une action affaiblissante sur la valeur spécifique du vaccin. Il en est de même des techniques qui bloquent son pouvoir antigène ; d'autres le dénaturent ou le font dévier. Le contact d'agglutination n'a aucune signification d'immunité contre les bacilles vivants et virulents.

L'éther qui tue les bacilles typhiques et paratyphiques en quelques heures, est le seul agent qui respecte intégralement l'activité et le pouvoir spécifique de leurs vaccins. L'expérimentation a été confirmée par les expériences officielles faites sur l'homme.

La lèpre et la sulfamide. Traitement des lésions lépreuses fermées par injections intradermiques de sulfamide. — *M. V. Chorine.* — Le para-amino-phényl-sulfamide agit sur les lésions lépreuses quand sa concentration dans les tissus malades est suffisamment élevée. Cependant il est impossible d'atteindre une telle concentration par administration buccale du médicament, les doses absorbées seraient trop importantes. On est obligé, pour cette raison, d'employer une solution concentrée du médicament en injections, localement, au niveau des lésions lépreuses. Les résultats de ce traitement sont très nets : les lésions lépreuses régressent et disparaissent peu à peu.

Images kystiques aériennes et tuberculose pulmonaire. — *M. Pierre Pruvost.* — Trois circonstances sont à considérer. 1° Dans certains cas, il s'agit de kystes gazeux du poumon associés à des lésions tuberculeuses, sans qu'il y ait retentissement apparent de l'une des lésions sur l'autre. 2° Les images kystiques et aériennes sont parfois secondaires, extériorisant des lésions d'emphysème ampullaire au sein ou aux environs de lésions tuberculeuses anciennes ou récentes. 3° Ces images kystiques et gazeuses, traduisant des bulles d'emphysème, sont secondaires à des lésions fibreuses dont l'étiologie ne peut être précisée. Elles sont peut-être en rapport avec des tuberculoses anciennes guéries : en tous cas elles simulent une tuberculose à évolution chronique. Des observations personnelles viennent illustrer ces données importantes qui montrent bien qu'une cavité pulmonaire n'est pas toujours une caverne, même chez les tuberculeux.

Caractères généraux des nerfs vasculaires et lois d'innervation des vaisseaux. — *M. G. Lazorthes* présente une note qui porte sur l'origine, les modes d'origine et de terminaison, les points d'élection de la terminaison, les caractères anatomiques des nerfs vasculaires, le plexus périartériel, l'innervation des collatérales artérielles et des veines.

Séance du 1er décembre 1942

L'effort vocal. — *M. J. Tarneaud* note que l'utilisation coutumière d'une hauteur tonale anormale, d'un timbre défectueux ou d'une intensité déréglée, réalisée en discordance des possibilités anatomo-physiologiques ou par le fait d'un comportement psychologique incorrect, finit par déterminer au larynx le syndrome d'effort.

Celui-ci comprend, outre les anomalies phoniques et l'enrouement qui n'est rien de plus que l'altération du timbre, des signes subjectifs consistant en douleurs vagues, tiraillements musculaires, toux et raclement, et des signes objectifs comprenant la rougeur des cordes vocales, l'hypersécrétion pharyngo-laryngée et des modifications importantes de la vibration des cordes vocales. Il y a coexistence et concordance des symptômes, les uns expliquant les autres, et aggravation par l'emploi de la voix. A noter que ce syndrome a pu être réalisé de toutes pièces à la suite d'effort vocal constant et prolongé.

Nombreux sont les malades qui, présentant une laryngopathie uniquement neuro-vaso-motrice, sont considérés comme atteints d'une laryngite catarrhale chronique, et traités comme tels, parce qu'on attribue systématiquement toute congestion et hypersécrétion du larynx à une étiologie inflammatoire. En fait, la guérison n'est obtenue que par le rétablissement de la norme vocale en supprimant les postures musculaires hyperkinétiques.

Le placement familial de l'Œuvre Grancher. Son extension grâce au placement intra-familial surveillé

par les assistantes sociales. — *M. P. Armand-Delille*. — Au début, pour obtenir une bonne surveillance le placement des enfants n'était réalisable que dans la clientèle de médecins de campagne, particulièrement compétents et dévoués. Aujourd'hui, grâce à la multiplication des assistantes sociales, qui peuvent faire les enquêtes nécessaires, on peut placer les enfants des malades chez des membres de leur propre famille, à la condition qu'ils soient des cultivateurs aisés, habitant un district rural surveillé. L'assistante familiale étudie préalablement si sont réalisées les conditions économiques, sanitaires et morales nécessaires dans cette famille paysanne, et lorsque le pupille y est placé, elle en contrôle la croissance et s'assure que le malade reste éloigné de l'enfant sain.

Ce système de placement permet une extension considérable de l'Œuvre Grancher dans les départements agricoles, particulièrement pour les enfants des tuberculeux de guerre placés par la Croix-Rouge et les enfants des assurés sociaux agricoles.

Un médecin bien embarrassé. Antoine Vallot et l'« incommodité » de Louis XIV en 1655. — *M. Pierre Nobécourt*. — A 16 ans 8 mois, Louis XIV présente un écoulement uréthral. Malgré toutes les vraisemblances, Antoine Vallot, son premier médecin, se refuse à en faire une blennorrhagie ; il le considère comme un mal extraordinaire qui le plonge « dans la dernière confusion ». Ce mal ne peut provenir « d'aucun venin que les jeunes gens débauchés contractent d'ordinaire avec les femmes impudiques », car le Roi est chaste. Or, tout le monde savait à la Cour que Louis XIV, contrairement à son père Louis XIII, a acquis précocement la fonction génésique, qu'il avait été déniaisé, dans sa seizième année, par une femme de chambre d'Anne d'Autriche, à l'instigation de celle-ci, que, depuis, il courait les filles dans les couloirs et les jardins du Louvre.

Le péril oxycarbonique créé par les circonstances actuelles. — *M. Kling* attire l'attention sur la recrudescence inquiétante des cas d'intoxications par l'oxyde de carbone. Rien que dans le semestre d'hiver 1940, ceux-ci s'élevaient déjà à près de 1.000. Or, ce nombre a doublé dans le semestre correspondant 1941.

Analysant les diverses causes de cette progression, il montre qu'elle va continuer à s'accélérer encore pendant l'hiver qui vient et probablement dans les suivants.

Il suggère comme moyen pratique qui permettrait, non seulement d'enrayer cette progression, mais même de la faire régresser, l'instruction des populations quant aux précautions qu'elles doivent prendre dans l'utilisation des appareils de chauffage alimenté au gaz d'éclairage ou avec d'autres combustibles.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1942

A propos des plaies thoraco-abdominales. — *M. Poinsot* présente six cas à propos desquels il envisage les diverses voies d'abord (M. Patel rapporteur).

Deux cas d'enchevillement de fractures de l'extrémité du fémur. — *M. Laffitte* fait un plaidoyer en faveur de l'os purum qui lui a permis deux corrects enchevillements du fémur. Une discussion s'engage sur les mérites de ce mode de traitement. *M. Leveuf* y est opposé, atrophie autour du greffon, hyperostoses dangereuses par ailleurs. *M. Patel* a observé des pseudarthroses avec l'emploi de ce greffon.

Luxation traumatique de la rotule. — *MM. Du Bourguet* et *Sergent*, chez un poliblessé ont eu à traiter une luxation ancienne de la rotule. Ils ont fait l'opération de Fèvre et Dupuis, combinaison de la plastie d'Ali Krogius-Lecène et du déplacement de l'insertion inférieure de l'appareil extenseur. Leur résultat est excellent. C'est la première fois qu'on utilise pour une luxation traumatique, ce procédé décrit pour les luxations congénitales. De la discussion qui s'ensuit (MM. *Fèvre, Leveuf, Lance, Sorrel, Cadenat, Basset*) il résulte que, quelle que soit l'origine de la luxation, à partir du moment où elle est ancienne, seul compte son début de réductibilité. Si elle est réductible, la plastie muscareo-aponévrotique suffit ; sinon, il faut déplacer l'appareil extenseur.

Abcès sous-phrénique d'origine paratyphique B. — *MM. Duroselle* et *Jaquière* ont suivi chez un enfant de cinq ans, l'éclosion d'un abcès sous-phrénique secondaire à une cholécystite à Para B. Les tableaux cliniques ont simule successivement l'invagination et l'appendicite.

M. Fèvre a vu un cas de cholécystite gangréneuse à Para B.

M. Richard rappelle les travaux étrangers concernant des poussées typhiques ou paratyphiques greffees sur des cholécystites calculeuses.

Augmentation de fréquence des hernies et de leur étranglement en période de restriction. — *MM. Braine* et *Rudler* comparent des statistiques de 1938 et de 1941. Il en résulte l'augmentation du nombre des hernies, spécialement des hernies étranglées, ce qui s'explique par l'amaigrissement des malades et par l'augmentation des fermentations intestinales.

M. Lenormant insiste sur le pourcentage accru des hernies crurales étranglées et sur la gravité plus grande des étranglements herniaires.

M. Huet a vu plus de hernies directes qu'auparavant,

M. Brocq demande qu'on s'attache à préciser la conduite à tenir en face des sphacèles herniaires.

Séance du 25 novembre 1942

Deux observations de volvulus intestinal avec sphacèle de l'anse tordue. — Resectien étendue. Guérison. *MM. Moreau, Patel* rapporteurs.

Chirurgie colique et sulfamidothérapie. — *M. Soupault* compare ses statistiques de chirurgie colique d'avant et après l'emploi des sulfamides. La mortalité s'est abaissée de façon importante. Les sulfamides sont mis autour des sutures dans les recoins du péritoine, entre les feuillets des mésocolons. Quinze à vingt grammes sont nécessaires.

La discussion qui s'engage (*MM. Brocq, Basset, D'Allaines, Desmarest*) montre l'intérêt des sulfamides, mais insiste également sur la nécessité d'apporter le plus grand soin aux sutures coliques. La statistique de *M. d'Allaines* qui use de l'anastomose large latéro-latérale entre des bouts coliques, évitant ainsi le danger de l'hyperpression colique, est spécialement remarquable.

Note sur les inclusions hormonales. — *M. Desmarest.* — L'emploi des hormones par injection est fastidieux et onéreux. L'inclusion sous le derme de comprimés d'hormones sympathiques est le moyen le plus simple d'apporter à l'organisme un supplément hormonal. L'auteur décrit la technique simple qu'il emploie et montre quelques résultats encourageants.

MM. Patel et *Ameline* insistent sur l'instabilité hormonale. Cependant les résultats sont intéressants, bien que la voie perlinguale offre des perspectives d'avenir.

Emploi de copeaux de bois sur les appareils plâtrés. — *M. Lasserre*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1942

Névrite sciatique sulfamidique grave. — *M. Ferru* (de Poitiers) rapporte l'histoire d'une fillette de 4 ans guérie d'une péritonite à pneumocoques par des injections intramusculaires de 693, au prix d'une névrite sciatique droite.

L'auteur dénonce la fréquence méconnue ainsi que la gravité habituelle des accidents nerveux de la sulfamidothérapie.

MM. Clément et *Lamy, Mme Bertrand-Fontaine* ont également observe des accidents nerveux (paralysie du sciatique ou section du sciatique poplité externe) à la suite d'injections de Dagénan.

Sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. — *M. Roger Even*, se basant sur l'étude de 1.000 malades de 1938-1939, et 1.000 malades de 1941-1942, classés en catégories suivant leur état, conclue :

1° Que le pourcentage des malades dans chaque catégorie est demeuré identique.

2° Que le nombre des morts et des guéris est demeuré stationnaire.

3° Que la durée moyenne de l'évolution de la maladie depuis le début apparent à la mort ou à la guérison est demeuré invariable.

La gravité actuelle de la tuberculose ne semble donc pas avoir augmenté.

M. Rist fait remarquer que si la tuberculose chronique de l'adulte ne s'est guère modifiée, par contre les formes aiguës sont devenues beaucoup plus fréquentes et en particulier les pneumonies caséeuses.

M. Fiessinger a observé à l'Hotel-Dieu beaucoup de granulies à évolution très rapide, ne s'accompagnant souvent d'aucun symptôme clinique et constatable seulement à l'autopsie.

M. Flandin a remarqué également chez les lépreux de Saint-

Louis un développement important de la tuberculose pulmonaire.

Hypertension à forme cérébrale suivie d'un syndrome d'Addison. — *MM. P. Nicaud* et *P.-N. Deschamps* rapportent l'observation d'un malade âgé de 33 ans suivi pour une hypertension permanente à 22-11. Au cours d'une poussée hypertensive (à 28-12), le malade présente une hémiplégie droite prédominante au membre supérieur.

Au bout de plusieurs années, se développe un syndrome d'insuffisance surrénale avec tension artérielle à 10-9. Sous l'influence d'un traitement par la cortine de synthèse l'amélioration a été rapide (15 milligrammes puis 10 milligrammes par jour). Mais l'année suivante survient une nouvelle poussée addisonienne grave avec asthénie profonde, mélanodermie généralisée et très accentuée, plaques pigmentaires muqueuses, sans autres signes viscéraux, une tension artérielle à 12-8 et une température normale. A partir du quatrième jour, la température monta à 39°6. L'asthénie devint profonde et la mort survint le sixième jour. L'étude anatomique permit de découvrir une tuberculose caséeuse surrénale bilatérale complète de la capsule droite. Il ne restait de la capsule gauche qu'un fragment très minime de la couche corticale en voie de caséification. Enfin il existait une augmentation de volume du pancréas avec une hyperplasie langerhansienne très notable.

Pneumokoniose silicotique. — *M. Rist* rapporte l'observation d'un malade presentant de la toux, avec expectoration, sans bacilles de Koch, et dont l'image radiologique montrait une infiltration nodulaire bilatérale avec aspect cavitaire. Le malade avait travaillé dans les mines de charbon.

La pneumokoniose s'était développée sur des lésions tuberculeuses antérieures, d'allure fibreuse, sans aucune évolution actuelle. La maladie ne s'était accompagnée d'aucun symptôme fonctionnel, aussi l'auteur insiste sur la nécessité de soustraire l'ouvrier à son métier, dès qu'on constate l'imprégnation silicotique et avant l'apparition des signes cliniques.

Gangrène gazeuse consécutive à une injection intramusculaire d'un médicament anti-asthmatique adrénaliné. — *M. Louis Ramond* rapporte cette observation en insistant sur l'impossibilité de prévenir des cas analogues, étant donné leur origine endogène probable par bactériemie latente. Il estime que de tels accidents ne doivent pas faire rejeter l'emploi de certains médicaments en injections hypodermiques, leur extrême rareté s'opposant à leurs innombrables bienfaits.

M. Lemierre insiste sur le danger des injections intramusculaires et sur l'état de bactériémie inapparente qu'on observe souvent chez les typhiques.

M. Huber insiste sur le rôle du produit adrénalinique.

M. Jausion a observé *in vitro* un développement plus grand du perfringens en présence d'adrénaline.

Mélorhéostose et sclérodermie en bandes. — *MM. Robert Clément, J. Delarue* et *Combes-Hamelle* ont observé chez une fillette de 9 ans, une melorhéostose typique (longue traînée opaque s'étendant de l'omoplate à l'extrémité de l'index gauche sur la partie postéro-externe du squelette du membre supérieur) associée à une sclérodermie en bandes frappant la peau, l'hypoderme et les muscles du même territoire.

Cette superposition des lésions permet de rattacher la maladie osseuse de nature inconnue décrite par Léri, aux états sclérodermiques.

Les termes d'« ostéopycnose » et d'« histopycnose » caractériseraient bien cette densification de l'os ou de l'ensemble des tissus.

Ces images de densification d'une partie du squelette sont tellement differentes et même inverses de celles de l'ostéofibrose kystique, qu'il est difficile d'en tirer argument en faveur de la théorie hyperparathyroïdienne de la sclérodermie de Leriche. Le taux de la calcémie restait dans notre cas, dans les limites normales et celui des phosphatases n'était pas augmenté.

Séance du 4 décembre 1942

Conséquences de l'alimentation actuelle sur les échanges salins chez l'enfant. — *M. Ribadeau-Dumas.* — L'alimentation peut avoir une influence directe sur les échanges hydro-salins par suite de son insuffisance en minéraux ; elle peut aussi avoir une influence indirecte en raison de l'altération des milieux intestinaux et des troubles qu'elle crée dans l'assimilation et l'excrétion des sels. Ces troubles ont des expressions cliniques variées. Celles-ci ressortissent surtout aux états spasmophiles. En même temps on observe un syndrome digestif toujours le même : exagération du transit intestinal, selles volumineuses, muqueuses, déperdition de protéines et de calcium. Il semble qu'il y ait dans l'alimentation excès de glucose, excès d'une alimentation surtout constituée par des légumes, avec hypocalcémie, hypochlorémie, hyperpotassémie et hypoazotémie. Les accidents apparaissent surtout chez des enfants présentant un état neuropathique antérieur. Le changement de régime serait, s'il était possible, l'indicateur principal. Il est préferable, en raison des troubles digestifs, de faire prendre calcium et vitamines par la voie parentérale.

M. Perrault a également observé chez les malades d'Ivry une épidémie de diarrhée : les troubles digestifs graves s'accompagnaient de spasmophilie.

Anémie pernicieuse ictérigène. Diagnostic avec l'ictère hémolytique acquis. — *MM. Brulé, Gilbrin, Vildé* et *Pestel* insistent sur les difficultés que peut presenter le diagnostic différentiel entre l'ictère hémolytique acquis et certaines anemies biermériennes, qui s'accompagnent d'ictère. La malade observée, très anémique, avait eu des poussées de splénomégalie et d'ictère léger avec une petite diminution de la resistance globulaire ; mais il existait peu de réticulocytes et pas d'auto agglutination des hématies. Le diagnostic d'anémie biermérienne put être aussitôt affirmé, par l'examen de la moëlle osseuse qui montra 43 % de promégaloblastes et 11 % de mégaloblastes. La guérison fut obtenue en 1 mois par injections d'extrait hépatique ; toutes les anomalies sanguines et médullaires disparurent rapidement.

Ictère hémolytique acquis et anémie biermérienne avec ictère peuvent donc présenter de grandes analogies cliniques et hématologiques. Il semble cependant que ce soient deux affections distinctes. Dans certaines anémies biermériennes les globules rouges anormaux formés par la moelle osseuse, sont fragiles et vite détruits dans la rate qui s'hypertrophie, tandis qu'apparait un ictère du type hémolytique et une legère fragilité globulaire.

Dosage des lipides sanguins dans un cas d'anémie biermérienne. — *MM. Brulé, M. Laudat* et *E. Gilbrin,* dans un cas d'anémie pernicieuse, ont vu, tandis que l'anémie était intense, les lipides totaux du sang très abaissés ; le cholestérol total, mais surtout le cholestérol étherifié étaient eux aussi diminues. En un mois, tandis que le nombre des hématies augmentait rapidement, sous l'influence de l'hépatothérapie, le taux des lipides totaux et du cholestérol redevint normal.

On a signalé depuis longtemps l'abaissement du cholestérol et des lipides dans le sang des ictères hémolytiques congénitaux et leur retour à la normale quand la guérison était obtenue par splénectomie. On pouvait alors discuter le rôle que jouait l'ablation de la rate dans cette élévation des lipides du sang ; mais l'étude des anémies biermériennes a bien démontré que, *sans splénectomie,* les lipides sanguins augmentent quand l'anémie retrocède ; on a même cherché, mais en vain, dans l'élévation du cholestérol, un test d'activité thérapeutique des extraits hépatiques.

Paralysie sciatique consécutive à une injection intra musculaire de soludagénan. — *MM. Fiessinger* et *Dupuy* rapportent l'observation d'un malade traité par le soludagénan pour une phlébite survenue à la suite d'une opération d'ulcus gastrique. A la 30e injection survint une douleur très vive, qui laissa persister par la suite des troubles sensitifs importants dans le territoire du nerf sciatique. L'injection avait été faite nettement au-dessous du point d'élection.

M. Alajouanine a observé deux cas de paralysie sciatique à la suite d'injections de soludagénan, pour lesquelles on ne pouvait invoquer aucune faute de technique. Ces paralysies se produisirent après un temps de latence de quelques minutes, et laissèrent des séquelles très importantes.

Neurinome thoracique. — *MM. R. Moreau, G. Boudin* et *Olivier Monod* presentent une malade à qui ils ont pu faire enlever un volumineux neurinone médiastinal du nerf phrénique gauche, apparu au cours d'une maladie de Recklinghausen. Les symptômes de compression médiastinal, apparus progressivement il y a dix ans, avaient augmenté rapidement depuis 1940 et menaçaient l'existence de la malade. Les clichés radiographiques montraient une volumineuse tumeur située dans le médiastin antérieur et supérieur. L'intervention chirurgicale en un temps permit d'extraire un neurinome de la forme et de la taille d'une aubergine. Les suites opératoires furent excellentes, et les symptômes médiastinaux disparurent tous, à l'exception de la voix qui reste un peu rauque.

M. Huber insiste sur les rapports qui peuvent exister entre le neurinome et la maladie de Recklinghausen.

G. G.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Le traitement de l'épilepsie par la cure mixte barbituro-hydantoïnique

Dans la pratique de chaque jour, le médecin observe surtout, de l'épilepsie commune, ses manifestations paroxystiques sous l'aspect toujours impressionnant quoique stéréotypé du *haut mal* ou sous les espèces davantage protéiformes du *petit mal* souvent remarquables par leur fréquence et leur ténacité. Il a plus rarement à faire aux formes mentales de la maladie ; avec les problèmes médico-légaux qu'elles posent, elles ressortent presque d'emblée du psychiâtre.

Deux remarques se sont imposées à notre observation depuis notre retour des armées concernant l'épilepsie commune dans sa variété habituelle qu'on peut appeler *ambulatoire*, car elle atteint des sujets qui vont et viennent, travaillent, conservant en un mot une activité sociale normale ou subnormale. En premier lieu, de tels cas nous apparaissent *plus nombreux* qu'*autrefois* ; semblable recrudescence est difficile à affirmer de façon absolue, car le plus grand nombre de cas observés peut tenir au fait que les malades consultent davantage. En second lieu, les *paroxysmes chez un malade donné nous semblent plus fréquents qu'autrefois* comme si, malgré certaines restrictions éminemment favorables (alcool) l'*aptitude épileptique* était exacerbée par certaines carences (sucre, matières grasses, par exemple) et par certains facteurs psychiques inhérents à la période actuelle.

En outre nous avons depuis longtemps acquis la conviction que chaque crise abime l'encéphale ; il suffit, pour s'en persuader d'observer sur un cerveau mis à nu au cours d'un acte neuro-chirurgical, ce qu'une crise fait de la masse cérébrale. Nous pensons aussi qu'une crise ou une succession de crises avive la *susceptibilité épileptogène* du cerveau et qu'il finit par s'établir une *véritable habitude* épileptique.

D'où l'intérêt majeur d'utiliser de prime abord la *thérapeutique suspensive la plus efficace*, le blocage total des accès grands ou petits devant constituer le principal objectif de nos efforts.

On s'est adressé pour ce faire durant ces 25 dernières années au gardénal ; l'action de ce produit convenablement manié s'est avérée exceptionnellement heureuse et on peut soutenir que son emploi a *révolutionné la thérapeutique* de l'épilepsie. Mais il existe des *sujets normalement barbituro-résistants* et d'*autres qui le deviennent*. Il arrive que la dose utile lorsqu'elle approche 0 gr. 50 *pro die* avoisine la dose toxique ou tout au moins provoque de la somnolence et de l'obnubilation intellectuelle.

Or voici que les progrès incessants de la chimie organique nous permettent de disposer d'un nouveau produit : la diphényl-hydantoïne (ou son sel sodique) qui, *sans retentir sur les fonctions psychiques*, est susceptible d'agir à l'état isolé dans des cas où le gardénal se montre inopérant. S'il est des cas où une telle action s'avère véritablement merveilleuse, notre expérience personnelle ne nous a pas permis de confirmer pleinement, du point de vue numérique, les splendides résultats mentionnés par les auteurs américains. Aussi ne sommes-nous pas d'avis d'opérer *de plano*, la substitution gardénal-hydantoïne et de la réserver *pour les échecs* du gardénal. Signalons que cette substitution ne doit s'effectuer que progressivement, l'hydantoïne pour agir nécessitant un certain temps d'accumulation qui varie entre 4 et 8 jours et parfois davantage.

Nous avons eu l'idée — avec un certain nombre d'autres auteurs — de *prolonger cette phase de substitution* au cours de laquelle on diminue de moitié et davantage la dose de gardénal, tandis qu'on administre 20 ou 30 centigr. d'hydantoïne libre ou d'hydantoïnate de soude et nous nous sommes aperçu :

1° que ce traitement mixte pouvait être continué indéfiniment sans inconvénients ;

2° qu'il offrait une *efficacité supérieure à celle des deux médications barbiturique et hydantoïnique prises isolément*. D'aucuns ont cru pouvoir attribuer une certaine électivité à chacune à nous, la preuve de pareilles affinités. Tout se passe, à notre sens, comme s'il y avait, par emploi simultané des deux drogues, *activation* de leur pouvoir calmant. Et ce renforcement abaisse le seuil d'activité de chacune d'elles, l'éloignant non seulement de la dose toxique, mais encore et surtout de la dose incommodante.

Nous appliquons donc actuellement ce traitement mixte à tous nos épileptiques, sauf à ceux qui, avec des doses modérées de gardénal (10 centigr. et au-dessous par jour) ne présentent aucun malaise.

On ne peut fixer pour ce traitement mixte de *posologie standard*. C'est en tâtonnant qu'on arrive à fixer, pour chaque malade les doses optima qui oscillent entre 5 et 20 centigr. de gardénal et 20 et 40 centigr. d'hydantoïne ou d'hydantoïnate *pro die*. Le barbiturique est absorbé en deux fois le matin au réveil et le soir au coucher et l'hydantoïne en deux ou trois fois avant chacun des deux repas. Signalons que les jeunes sujets et même les nourrissons tolèrent parfaitement les préparations hydantoïniques et qu'ils supportent très bien des doses de 15 et 20 centigrammes *pro die*. Nous insistons sur un point qui nous paraît d'importance, c'est la *continuité* du traitement est aussi sa *persévérance* ; nombre de malades, souvent de leur propre chef et parfois après avis médical, se croyant guéris, cessent le traitement trop tôt et voient, à leur grand désespoir, leur accidents se reproduire.

Il va de soi qu'un pareil traitement ne dispense pas du *régime antitoxique* (suppression de l'alcool, du vin, de la bière) et que la maladie est en outre favorablement influencée par les cures alternées d'iodure de sodium intra-veineux et de Hg Cy (en dehors de toute notion de syphilis).

Cette cure mixte barbituro-hydantoïnique a aussi ses échecs. C'est le moment de recourir à la vieille médication bromurée qu'on a trop oubliée et qui cependant compte à son actif d'authentiques réussites.

Quand on a épuisé les ressources de la pharmacopée, la *neuro-chirurgie* offre encore ses possibilités : *insufflation gazeuse* par voie lombaire des espaces ventriculaires et sous-arachnoïdiens (de 100 à 150 c. c. d'air injectés trois fois à cinq ou six mois d'intervalle), *volet frontal*. La *radiothérapie* semi-pénétrante à doses filées et répétées apporte son complément utile à ces pratiques neuro-chirurgicales.

Le médecin est, on le voit, loin d'être désarmé contre cette pénible et dangereuse infirmité qu'est l'épilepsie.

J.-A. CHAVANY
Médecin de l'Hôpital Bon-Secours

Conductibilité et excitabilité électriques du nerf, par A. STROHL. Un vol. Masson, édit., Paris.

Le nerf conduit le courant électrique d'une façon si particulière qu'on ne peut nullement le comparer aux conducteurs usuels. Pour retrouver les propriétés du nerf, il faut s'adresser à un système complexe formé de plusieurs conducteurs placés côte à côte et imparfaitement isolés les uns des autres. Un tel système est dit *conducteur à noyau*. Il constitue un excellent moyen d'étudier le nerf et l'on peut appliquer les notions dégagées de l'étude des conducteurs à noyau. Cette méthode est exposée en détail par M. Strohl qui l'applique successivement au seuil d'excitation du nerf, à certaines anomalies dites électrotonus et aux courants de lésion dus à l'altération du nerf. Pierre VIONES.

Les déficiences vitaminiques et hormonales, par Noël FIESSINGER, H. BÉNARD, JUSTIN-BESANÇON, L. BINET, G. BROUET, J. CATHALA, R. CLÉMENT, Guy LAROCHE, F.-P. MERKLEN, A. RAVINA, F. THIÉBAUT. Un volume de 290 pages, avec figures. 100 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ces conférences font le point parmi les travaux les plus récents des cliniciens, des expérimentateurs et des biologistes.

Les différents chapitres traités sont les suivants : Introduction à l'étude des hormones et des vitamines (L. Binet). — Vitamine A (J. Cathala). — Les vitamines B (F.-P. Merklen). — Vitamine C (H. Bénard). — Vitamine D (J. Cathala). — Vitamines P-P et avitaminoses nicotiniques (L. Justin-Besançon). — La vitamine K (Noël Fiessinger). — Vitamine E (F.-P. Merklen). — Hormone thyroïdienne (G. Brouet). — Les hormones surrénales (A. Ravina). — Hormone pancréatique (F.-P. Merklen). — Les hormones génitales (G. Laroche). — Hormones hypophysaires (Fr. Thiébaut). —

REVUE DE PRESSE FRANÇAISE

Le pain et la vitamine B_1

Une question importante posée par les restrictions actuelles est celle de la composition du pain. MM. Mouriquand, Coisnard et Mme Edel (*Presse Médicale*, 28 novembre 1942) rapportent les résultats d'expériences qu'ils ont pratiquées sur des pigeons, en leur faisant ingérer du pain à 70 % (type pain blanc d'avant-guerre), à 85 % et à 98 %, tel que nous le fournit actuellement le ravitaillement.

Ces résultats montrent que le pain à 70 % est profondément carencé, déterminant chez les pigeons une crise du type béribérique au trente deuxième jour. Par contre les pigeons nourris au pain à 85 et 98 % sont absolument normaux au cent-vingtième jour. Cette protection provient-elle d'une plus grande quantité de vitamine B_1 laissée par la cuisson ou d'un meilleur équilibre alimentaire apporté par ces pains plus complets ? Cependant le pain complet, souvent mal digéré, peut être le facteur de troubles intestinaux ; en effet la digestion semble difficilement attaquer les aliments contenus dans le son qui est, par conséquent, inutilisable par l'organisme.

Le pigeon est peut-être mieux pourvu que l'homme d'un appareil digestif capable d'extraire du son toutes les substances alimentaires ; les auteurs concluent en souhaitant qu'on s'intéresse aux études entreprises sur les procédés d'éclatement de la couche du son riche en vitamine B_1 et qu'on mette au point une technique pratique pour les libérer.

L'association scophédal-évipan en anesthésie générale

M. André Sicard expose (*Bulletin Médical*, 15 novembre 1942) les avantages d'une méthode d'anesthésie qu'il a employée avec succès dans 1200 cas ; anesthésie intra-veineuse à l'évipan sodique chez des malades préparés au scophédal.

Le scophédal (association d'eucodal, scopolamine et éphédrine) est un anesthésique de base qui a l'avantage de supprimer le facteur émotif chez les malades. Préparé par une ou deux injections sous-cutanées deux heures avant l'opération, le malade tombe dans un état de somnolence, d'où on peut toutefois le sortir en lui parlant. M. Sicard insiste sur le fait que le malade ne doit pas être complètement endormi, et chez le vieillard, qui est particulièrement sensible, il est nécessaire d'administrer le scophédal avec prudence.

Quelques minutes avant l'opération, on injecte par voie veineuse de 3 à 8 c. c. d'évipan, qui, pour les opérations de longue durée, est associé au sérum glucosé en goutte à goutte selon la technique de Jentzer.

Cette anesthésie ainsi conduite permet d'obtenir pendant l'opération une narcose parfaite, et au réveil le malade est parfaitement calme, dans un état somnolent prolongé. Enfin elle supprime les vomissements et les complications pulmonaires.

En somme cette méthode, contre-indiquée seulement chez les hépato-rénaux, a rendu de grands services, sans jamais déterminer d'accidents ; ayant en outre l'avantage d'être moins désagréable pour l'opéré, elle semble dans beaucoup de cas préférable à l'anesthésie par inhalation.

Modifications actuelles de la tuberculose de l'adulte et du vieillard

Une statistique de MM. Duthoit, Warembourg et Bocquet (*Paris Médical*, 30 octobre 1942) vient ajouter ses résultats à ceux des travaux récents sur la recrudescence de la tuberculose sous l'influence des conditions actuelles de vie.

Cette statistique montre :

1° La fréquence des tuberculoses aiguës et surtout des broncho-pneumonies caséeuses ;

2° La rapidité d'extension des lésions dans les tuberculoses pulmonaires récentes et en particulier leur bilatéralisation ;

3° La fréquence des tuberculoses extra-pulmonaires, en particulier pleurales et ganglionnaires, et surtout chez l'adulte âgé et le vieillard ; les laryngites bacillaires viennent également compliquer souvent la tuberculose pulmonaire.

Ces modifications ne peuvent être attribuées à une baisse de l'immunité spécifique chez les malades, les résultats de la cuti-réaction étant les mêmes qu'autrefois. Il s'agit bien plutôt de diminution de la résistance non spécifique du terrain, et à ce propos les auteurs s'élèvent contre la systématisation du cycle de la tuberculose selon la conception de Ranke. Ce sont les modalités du terrain, variables, réversibles, bien plus qu'une évolution cyclique et rigide, qui conditionnent l'aspect anatomo-clinique de la maladie tuberculeuse.

La prévision de l'action thérapeutique du stovarsol sodique sur la paralysie générale

MM. Sézary et Barbé (*Presse Médicale*, 5 décembre 1942) ont observé que les malades qui bénéficient le mieux de cette médication sont ceux qui sont traités précocement, atteints d'une forme expansive de la maladie et dont la leucocytose est supérieure à 80 éléments. Au contraire, les malades atteints d'une forme dépressive, traités tardivement et avec une leucocytose inférieure à 10 éléments ont environ cinq fois moins de chances de succès. Mais toutefois il faudra poser précocement le diagnostic afin d'instituer un traitement approprié.

Le cancer de l'utérus et sa prévention

Parmi les nombreuses causes invoquées dans la pathogénie des cancers, S. Laborde (*Presse Médicale*, 5 décembre 1942) insiste sur le dysfonctionnement des glandes endocrines, surtout glandes sexuelles et hypophyses. Mais ces dernières années, les décès par cancer semblent avoir augmenté en notable proportion, et en attendant que ces notions nouvelles conduisent peut-être à la conception d'une thérapeutique préventive, l'auteur souhaite qu'il existe un dépistage précoce du cancer de l'utérus : et pour cela soit demander un examen gynécologique périodique, soit organiser un service permanent de dépistage, associé à une sorte d'assurance-cancer, dont les affiliés devraient obligatoirement se soumettre à des examens périodiques.

L'ulcère gastrique tuberculeux

M. Guichard étudie sous ce nom (*Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre 1942) les syndromes douloureux tardifs survenant chez des tuberculeux, s'accompagnant de signes radiologiques authentiques et constitués anatomiquement par un véritable ulcère stomacal pourvu de lésions tuberculeuses spécifiques.

Cette définition élimine les ulcérations gastriques sans traduction cliniques fréquente chez les bacillaires et l'ulcère rond de Cruveilhier sans signature folliculaire. L'ulcère tuberculeux qui reste exceptionnelle, survient habituellement chez de petits tuberculeux, exceptionnellement chez des cavitaires ; il se traduit par un syndrome douloureux tardif de l'épigastre à évolution périodique, caractérisé surtout par la fréquence des hémorragies, de la diarrhée et de la sténose pylorique associée. Très souvent, l'ulcère tuberculeux n'entraîne pas d'hyperchlorhydrie.

L'examen histologique fait le diagnostic en montrant l'existence de lésions folliculaires spécifiques dans la muqueuse, la sous-muqueuse, et la musculeuse; la sous-séreuse est aussi fréquemment atteinte.

Très souvent on constate que chaque période douloureuse gastrique accompagne une poussée évolutive de tuberculose viscérale ; ce fait montre que le bacille de Koch lui-même peut engendrer de façon directe et spécifique un véritable ulcère gastrique.

L'implantation sous-cutanée d'hormones synthétiques

M. Bariéty (*Paris médical*, 30 novembre 1942) expose les indications et résultats déjà obtenus par cette méthode. C'est surtout dans la maladie d'Addison qu'elle a été employée jusqu'à présent.

L'implantation de désoxycorticostérone se fait de préférence dans la région dorsale postérieure. La difficulté est de fixer la dose à implanter. M. Bariéty, après avoir établi la dose d'entretien quotidienne par injections intramusculaires, calcule la quantité que le malade recevrait si l'on poursuivait ces injections pendant dix mois, et implante une quantité inférieure de 30 % à cette dose idéale. Toutefois, on emploie des doses plus faibles chez les malades ayant déjà manifesté des accidents d'intolérance. Cette méthode exige donc une observation minutieuse antérieure de chaque malade. L'équilibre hydrosalin devra également être stable.

Les résultats ont été, dans quelques cas, remarquables. Il faudra toutefois surveiller tout spécialement les malades vers le neuvième ou dixième mois, date à laquelle commence la résorption des comprimés, afin de pratiquer au temps opportun la réimplantation.

G. G.



INFORMATIONS

ENSEIGNEMENT — FACULTÉS — ÉCOLES

Collège de France. — Le cours du Professeur Leriche commencera le vendredi 6 janvier 1943, à 18 heures, amphithéâtre 6 et se continuera les lundi et vendredi à la même heure.

Objet du cours : Lois de la pathologie circulatoire. — Physiologie pathologique des maladies de la vaso-constriction. — La vaso-constriction artériolaire. — Les maladies du froid. — La maladie traumatique. — La maladie post-opératoire. — Le choc. — La maladie de Raynaud et ses variétés. — L'hypertonie artérielle et l'hypertension. — Les maladies de la vaso-dilatation. — Les maladies de la thrombose : les artérites oblitérantes.

Le premier cours portera sur : L'esprit de thérapeutique dans la chirurgie.

Faculté de médecine de Paris. — Ont été proposés le 26 novembre : Pour la chaire de *pathologie chirurgicale* : M. Petit-Dutaillis, 23 voix (contre 18 à M. Moulonguet).

Pour la chaire de *pathologie médicale* : M. Chabrol, 40 voix (contre 1 à M. Guy Laroche).

Pour la chaire de *clinique thérapeutique chirurgicale* : M. Sénéque, 23 voix (contre 17 à M. Basset et 1 bulletin blanc).

Pour la chaire d'*histoire de la médecine* : M. Lian, 23 voix (contre 18 à M. Brulé).

ASSISTANCE PUBLIQUE — HÔPITAUX

Conseil supérieur de l'Assistance de France. — Sont nommés membres de ce Conseil : MM. les Docteurs Cathala, Delore, Barbary, Demay, Deprun, Dequidt, Gouriou, Lauzier, Parisot, Perrens, Jean Rieux, Sigalas.

Concours de médecin des hôpitaux (sous admissibilité), 12 places. Classement : MM. Debray, Turiaf, Bolgert, Facquet, Brouet, Thieffry, de Graciansky, Lapiane, Domart, Bouvrain, Duval et Gaultier.

Concours d'assistants en obstétrique. — Ont été nommés : MM. Landrieu, 85 points et Richard, 83 points.

Concours pour huit places d'attaché d'électrologie. — Ont été nommés : MM. Noix, 99 ; Mlle Mottez, 89 ; Loiseau, 81 ; Vedel, 81 ; Angamarre, 79 ; Bourdon, 75 ; Corrion, 72 ; Levecq, 71.

Concours d'assistants en chirurgie. — Ont été nommés : MM. Roux, 85 ; Cauchoix, 85 ; Poilleux, 84 ; Léger, 84 ; Billet, 83 ; Lortat-Jacob, 83 ; Chevallier, 82 ; Delinotte, 81 ; Beuzart, 79 ; Rouvillois, 78 ; Mathey, 78 ; Chigot, 77.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des Sciences. Prix décernés pour 1942. — Prix MONTYON : Prix de 2.500 francs à M. F. Bremer, de Bruxelles ; à M. Paul Giroud ; à MM. Paul Remlinger et Jacques Bailly. Mention honorable à M. Robert Tiffeneau. — Prix BELLION (1.400 francs) à M. Louis Chauvois. — Prix du Baron LARREY (1.000 francs) à M. le médecin-inspecteur général Toubert. — Prix Jean DAGNAN-BOUVERET (3.000 francs) à M. Jean Vieuchange. — Fondation ROY-VAUCOULOUX (6.000 francs) à Mme Andrée Lallemand. — Prix Louise DARRACQ (6.000 francs) à M. Roger Gautheret. — Prix MONTYON (1.500 francs) à M. Paul Benoit. — Prix LA CAZE (10.000 fr.) à M. Georges Schaeffer. — Prix POURRAT à Mlle A. Raffy. — Prix MARTIN-DAMOURETTE (1.400 francs) à M. L. De liens. — Prix Lallemand (1.000 francs) à M. Hermann. — Prix PARKIN (3.400 francs) à M. Bun-Hoï. — Prix LONCHAMPT (4.000 francs) à M. Didier Bertrand. — Prix WILDE (4.000 francs) à M. Michel Polonowski. — Prix MOUNIER DE SARIDAKIS (14.000 francs) à M. Cl. Fromageot et à M. M. Machebœuf.

Académie de médecine. — *Prix décernés en 1942.* — Prix de l'Académie, Dr BLANC, de Carcassonne ; Prix Alvarenga, Dr DAELS, de Gand ; Prix Amussat, Dr GINESTE, de Lille ; Les arrérages de la Fondation anonyme, Dr CIVATTE, de Paris ; Prix Apostoli, Dr DEGAND, de Paris ; Prix Argut, Dr BRENUGAT, de Passy-en-Savoie ; Fondation Audiffred. Arrérages à MM. les Docteurs DOUBROW, PYRONNET, THIBAULT, DELAMAIRE ; Prix Baillarger, Dr ADNES, de Châlons-sur-Marne ; Prix Barbier, Dr SERINGE, de Paris ; Les arrérages du prix Berraute, Dr Jacques LECŒUR, de Paris ; Prix Blondet, l'Académie partage le prix entre Mme RANDOIN et les Docteurs A. GIROUD, J. VIEUCHANGE, de Paris ; HARMAND, de Nancy ; DOS GHALI, de Paris ; Prix Bouchet-Renault, à Mlles DE RORTHAIS, VALETTE et Lydie TILLIEUX ; Prix Boullard, Dr ENCAUSSE, de Paris ; Prix Boulongne, Dr DUREL, de Paris ; prix Bourceret, Dr CHARDON, d'Alger ; Prix Brault, Docteurs MOLLINÉDO, CASTANÉDA et TORRÉALBA ; Prix Buignet, Dr RANGIER, de Paris ; Prix Cailleret, à Mme Suzanne GALLOT, de Paris ; les arrérages du Prix Campbell-Dupierris, Docteur Suzanne PINEL, de Montreuil-sous-Bois ; Prix Capuron, Dr QUARANTE de Coutances ; Prix Chevallier, Dr WEILL-HALLÉ, de Paris ; Prix Clarens, Dr LECONTE, de Gap ; Prix Combe, Dr VILLEY, de Caen ; Prix Daudet, Dr MALLARMÉ, de Paris ; Fondation Day : arrérages aux Docteurs GRÉAUD-VIALLE, DEROBERT, DUCHÊNE et PERRIN ; Prix Demarle, Dr M.-Th. RÉGNIER, d'Issy-les-Moulineaux ; Prix Desportes, Docteurs SEBOR, SAMPER et TÉJÉRA ; Prix Dieulafoy, Dr CORTEEL, de Paris ; Fondation Dreyfous, Dr MOZZICONACCI, de Paris ; Prix Gustave Durante, Docteurs GIRARD et GUINET, de Lyon ; Prix Fournier, Docteurs DESOILLE et PEREL et à M. HOLLIER-LAROUSSE ; Prix Gaucher, Dr MALANGEAU, de Paris ; Prix Godard, Dr A.-M. MASSON, de Reims ; Prix Guérétin, Docteurs SOULLARD et MANDE, de Paris ; Prix Guillaumet, Dr MANS, d'Amiens ; Prix Guinchard, Dr LAGAILLE, de Paris ; les arrérages du Prix Guzman, Dr G. MARQUIS, de Paris ; Prix Catherine Hadot, Docteurs PAILLAS, de Paris ; FERRIÉ, de Casablanca ; GRYNFELLY de Montpellier et ROUSSELIN, d'Augeville ; Prix Herpin, Dr Sven FOLLIN, de Neuilly-sur-Marne ; Prix Herpin, Docteurs L. ROMARY et A. ROMARY, de Pouilly ; Prix Itard, Dr COURTOIS-SUFFIT, de Paris ; Six parts de 10.000 francs de la Fondation Jansen, Docteurs BRISKAS, GIRARD, P. GIROUD, Max JAYLE, PIETTRE et P. NICOLLE, de Paris ; Prix Laborie, Dr LAURENCE, de Paris ; Prix Larrey, Dr LE GALL, et mention honorable aux Docteurs FISCHER, DESTAND, RENDU et TURON ; Prix Laval, M. Antoine RÉMOND, de Paris ; Prix Leveau, Dr TARDIEU, de Paris ; Prix Cl. Liard, Dr SOHIER, de Lyon ; Prix Lorquet, Dr JOUANNAIS, de Paris ; Prix Magitot, Docteurs BERTRAND, DECHAUME et LACRONIQUE, de Paris ; Prix Magnan, Dr SOULAIRAC, de Paris ; Prix Merville, Dr NEEL, d'Hauteville ; Prix Merzbach, Dr BRISSAUD, de Paris ; Prix Monbinne, à M. LEY et au Dr CHASSAGNE ; mention honorable au Dr MÉRIEUX ; Prix Anna-Morin, Dr LOTTE de Paris ; Prix Nativelle, à M. JANOT, de Paris ; Prix Orfila Dr DEROBERT, de Paris ; Prix Oulmont, Dr DEBELUT, de Paris ; Prix Pannetier, Dr L'HIRONDEL, de Caen ; Prix Berthe Péan, Dr ŒMICHEN, de Paris ; Prix Potain, Dr BEETON, de Saint-Germain-en-Laye ; Prix Pourat, à M. Joaquin VINAS ESPIN, de La Ciotat ; Prix Ricaux (*diabète*), Docteurs DE TRAVERSE et WALTHER, de Paris ; Prix Ricaux (*tuberculose*), Docteurs COLETSOS-LAFAY, Docteurs COLETSOS, de Passy ; GERBEAUX, de Paris et GRÉHANT, de Chaumont ; Prix Robin, à Mme BLANQUET, de Clermont-Ferrand ; Prix Roussilhe (*dermatologie*), Dr TOURAINE, de Paris ; Prix Roussilhe (*vénéréologie*), Dr HUDELO, de Paris ; Prix Sabatier, Dr MÉLIE-OGANDJANOFF, de Paris ; Prix Saintour, Dr LAMOTTE, de Paris ; Prix Stanski, Dr MORIN, de Paris ; Prix Tarnier, à M. ROBEY, de Paris ; Prix Vautrin, à M. CHÉRAMY, de Paris ; Prix Vernois, à M. CHEFTEL, de Billancourt.

ECHOS & GLANURES

Hagiographie médicale : Le Saint aux rats. — Autres temps, autres mœurs ! Aujourd'hui la médecine part en guerre — un peu tardivement — contre les rats. Autrefois on honorait un saint protecteur des rats, et ce saint était un médecin. Il s'appelait Martin de Porrés et vivait au Pérou à la fin du XVI[e] siècle. Entré dans le tiers-ordre de Saint-Dominique, sa vie fut toute consacrée aux malades, animaux non exclus.

Le bienheureux Martin est connu dans l'Amérique espagnole sous le nom de *Saint aux rats*, qualificatif qu'explique l'anecdote suivante racontée par le P. Cahier. Un jour, voyant le sacristain de son couvent disposé à détruire par le poison les rats qui commettaient des dégâts dans ses étoffes, il le dissuada de cette cruauté contre de petites créatures du bon Dieu. Il appela donc toutes ces bestioles, déposant à terre un panier qu'il tenait à la main ; et quand toutes eurent grimpé dans la corbeille, il les porta au jardin, se promettant de prendre soin d'elles chaque jour, si elles cessaient de dévaster les provisions du monastère.

Saint-Corneille. — C'est un saint particulièrement vénéré en Belgique. Les foules, dit M. Tricot-Royer (*Le Scalpel*, 30 octobre 1942) l'invoquent pour diverses affections : maladies du système nerveux, maladies contagieuses, et même la coqueluche et les hernies. Dans certaines régions, il est invoqué aussi pour les femmes en couches.

Ce personnage, qui vivait au III[e] siècle, fut élevé au trône pontifical, puis exilé de Rome et condamné à mort. Ses reliques, conservées d'abord à Compiègne, furent ensuite confiées à des moines d'Aix-la-Chapelle qui les répandirent par toute la Belgique.

Ainsi s'explique le culte dont Saint-Corneille est l'objet dans ce pays. Un pèlerinage chaque année donne lieu à des pratiques curieuses : offrandes de blé, d'animaux divers, qui vont de pair avec une kermesse bruyante d'où les assistants rapportent de coquets drapelets que l'on accroche à l'âtre et au mur des étables où ils restent jusqu'à l'année suivante. D'après M. Tricot-Royer, il y aurait en Belgique plus de 500 drapelets de type différent.

Les diverticules du côlon ilio-pelvien, par Louis PRAT, Pierre-Paul PRAT et Vincent PASCHETTA. Un volume de 258 pages avec 117 figures. 100 francs. Masson, éditeur, Paris.

Deux chirurgiens qui possèdent sur la diverticulose du côlon pelvien une érudition et une expérience que peu de chirurgiens français peuvent espérer égaler, et un radiographe qui est en même temps un clinicien, font ici le point de nos connaissances actuelles sur la diverticulite.

Une bibliographie d'environ 500 titres termine ce travail illustré de 117 radiographies.

TRAVAUX ORIGINAUX

La mort subite dans le cabinet du médecin

Conduite à tenir pour le praticien

Par le Docteur **Pierre DERVILLÉE** (de Bordeaux)

La mort subite d'un client dans le cabinet du médecin est une de ces éventualités — rare, fort heureusement, mais particulièrement fâcheuse — que le praticien doit envisager comme possible au cours de l'exercice de sa profession. Ce sujet a été plusieurs fois évoqué lors de diverses communications ou dans certaines publications et nous voulons simplement rappeler ici, d'une part l'ensemble des circonstances dans lesquelles peut survenir le décès, d'autre part la conduite que doit, en cette pénible occurence, tenir le praticien afin de sauvegarder ses droits.

Nous serons ainsi amené à dire dans quelles conditions se poseront, le cas échéant, différents problèmes de responsabilité professionnelle. Aussi délicate et embarrassante que puisse paraître la situation du médecin, il faut que ce dernier sache y faire face avec sang froid et dignité.

Exposé des cas où la mort subite peut se produire

Nous ne retenons pas ici le terme de *mort subite* au sens *le plus strict* du mot. Les cas que nous avons en vue se rapportent à des décès survenant inopinément, soit d'une façon quasi-foudroyante, soit en quelques minutes, dans le cabinet du praticien, sans que ce dernier ait eu le temps de mettre en œuvre une thérapeutique active ou de faire appel à l'intervention d'un confrère.

Eu égard aux actes de pratique courante que le praticien peut accomplir dans son cabinet, le décès du client peut survenir dans deux ordres de circonstances :

a) La mort se produit à la suite d'une intervention courante de cabinet ;

b) Le décès survient chez un client sur lequel aucune intervention, si minime soit-elle, n'a été pratiquée.

a) Dans un laps de temps très court à la suite d'une intervention de pratique courante, le sujet vient à succomber. On a ainsi rapporté des cas de décès après de simples injections sous-cutanées ou intra-musculaires, après des injections intraveineuses (novarsénobenzol, iode colloïdal), après ponction pleurale pour réinsufflation de pneumothorax, après cathétérisme vésical. On a même signalé des cas de mort subite (attribuables vraisemblablement à des phénomènes d'inhibition) à la suite d'un simple toucher vaginal, si l'on s'en rapporte à un exemple cité par Brouardel dans son Traité sur l'avortement. Quelquefois, le décès s'est produit dans un cabinet dentaire à la suite d'une simple anesthésie locale ; il est rare, dans ce cas, qu'il y ait des témoins, car le client du dentiste se rend ordinairement seul à son cabinet.

Nous n'avons pas l'intention d'envisager la pathogénie, d'ailleurs fort complexe, de ces accidents mortels. Pour le profane, l'existence d'une relation de cause à effet entre l'acte médical et la mort subite du client paraît hors de doute ;

b) Dans d'autres circonstances, c'est indépendamment de tout acte médical que la mort survient. Certains de ces cas offrent un intérêt tout particulier : ce sont ceux où le décès se produit quelques instants avant le moment où devait être pratiquée une petite intervention. De tels faits rentrent dans le cadre *de ces morts subites pré-opératoires* groupées, il y a quelques années, par Brisard (1) dans une communication à la Société de médecine légale. Parmi les exemples donnés par cet auteur, nous en rappelons quelques-uns qui se rapportent à des décès survenus au domicile du médecin.

« Le Docteur D... prépare dans son cabinet les instruments nécessaires pour faire à un cardiaque en traitement, son injection intra-musculaire. La stérilisation terminée, il ouvre la porte de son salon pour faire entrer le malade. Il le trouve mort dans un fauteuil... Pareille mésaventure est arrivé au Docteur S..., ophtalmologiste parisien. Il donne rendez-vous à une dame à son cabinet. Elle vient à l'heure dite. Quelques instants plus tard, le spécialiste pénètre dans le salon et l'appelle. Elle ne répond pas. Elle est à demi-couchée sur le canapé ; elle est morte.....

« M. N..., chirurgien-dentiste à Nice, prend rendez-vous avec une cliente pour une extraction. A l'heure fixée, il s'étonne de ne pas voir sa cliente, d'habitude fort exacte,

(1) Brisard. — La mort subite pré-opératoire. Soc. de méd. légale, séance du 11 octobre 1937. *Annales de méd. légale*, 1937, p. 1057.

FEUILLETON

La petite histoire médicale

Au beau temps de la phrénologie

La phrénologie, telle du moins que la concevaient Gall et Spurzheim, est aujourd'hui bien oubliée et reléguée avec les vieilles lunes. Mais il ne faut pas méconnaître qu'elle eut, il y a environ cent ans et même un peu plus, des jours de grand succès et l'on pourrait dire de gloire. Elle tint alors dans le préoccupations du Corps médical (ou du moins de quelques-uns de ses membres) une place fort importante. Elle fut discutée, ce qui, pour une théorie, est un signe de faveur. Elle le fut même à l'Académie de Médecine au cours de nombreuses séances ; des maîtres incontestés la tenaient pour une discipline scientifique digne de leur attention et même lui prêtaient l'appui de leur autorité ; le journalisme professionnel (et surtout celui qui ne l'était en aucune façon) rompait des lances ou en sa faveur ou contre elle. Dans le public, elle excitait un intérêt d'autant plus grand qu'elle y était incomprise et qu'elle conservait cet air de mystère qui fait la vogue de bien des idées médicales et ce public satisfaisait volontiers ses goûts en suivant avec confiance l'opinion des maîtres qui ne craignaient pas de se parer de l'épithète de phrénologistes. Les caricaturistes d'alors, depuis Daumier, jusqu'à Tœpffer, lui donnaient, par leur verve la consécration suprême.

Et cependant il y a cent ans, ce fut, en réalité, la fin de ce beau feu d'enthousiasme pour une conception que des connaissances anatomiques et physiologiques tant soit peu approfondies, auraient dû ruiner de meilleure heure. Présentement, nous admettons que Gall a été un précurseur dans la connaissance du fonctionnement cérébral et que ses travaux ont, à cet égard, aiguillé les recherches dans une heureuse direction, mais les conclusions qu'il tirait de ses travaux apparaissent comme totalement inadmissibles. Il avait fait de la phrénologie un chapitre qui n'avait rien de scientifique et ses disciples enchérirent sur ses opinions avec une outrance dont il est difficile de se faire une idée : «Nous n'hésitons pas à le dire, écrit l'un d'eux (1), avec le temps, la phrénologie deviendra comme en Allemagne, la science des sciences, elle améliorera le sort des individus, des familles, des nations ; elle rectifiera tous les systèmes philosophiques, elle établira une psychologie positive, invariable, elle servira de base à toutes les institutions sociales à venir ».

Nous venons de parler des maîtres de l'heure qui ne craignirent pas de compromettre en cette affaire leur renom scientifique. Deux d'entre eux paraissent surtout devoir être cités, ce sont Bouillaud et Broussais.

Pourquoi Bouillaud est-il devenu un si ardent phrénologue ? Pourquoi prodigue-t-il à Gall les éloges les plus dithyrambiques, au risque d'aboutir là où en vint l'ours manieur de pavés ? Ne va-t-il pas jusqu'à esquisser un parallèle entre son grand homme et Napoléon, en concluant qu'on peut mettre leurs deux génies en balance ? C'est que lui-même est un des premiers partisans des localisations cérébrales, et qu'il ne demande qu'à grossir la masse de ses arguments, sans réfléchir, sans doute, que ceux de Gall sont tellement

(1) Th. Poupin. — Caractères phrénologiques et physiognomoniques, 1837.

lorsque la concierge monte le prévenir qu'on vient de trouver la dame morte dans l'ascenseur.

« Quelle que soit la cause de ces morts subites pré-opératoires, dit Brisard, leur intérêt médico-légal est évident. Survenues quelques minutes ou secondes plus tard, on n'eut pas manqué d'incriminer l'anesthésie, la ponction, l'injection. Un malade du Docteur Leven meurt subitement sur la voie publique au sortir de son cabinet. Aussitôt le Docteur Leven est interrogé par le Commissaire de police qui s'inquiète du traitement qu'il a bien pu lui faire subir. Fort heureusement, notre confrère s'était borné à examiner son malade et à rédiger une ordonnance ».

Dans certains cas, on peut retenir l'influence de l'émotion, la peur de l'acte opératoire. Parfois, le sujet meurt subitement dans le cabinet médical sans que l'émotion déclenchée par la perspective d'un acte opératoire quelconque puisse être incriminée. Il s'agit alors d'une simple coïncidence, et suivant l'expression de Brisard « d'un de ces jeux sinistres de la mort et du hasard où se jouent également les responsabilités de l'opérateur ».

Conduite a tenir pour le médecin

Quelles sont les obligations du praticien dans le cas où un de ses clients vient à décéder subitement dans le cabinet de consultation ? La ligne de conduite à tenir en pareil cas est simple et doit être connue de tout médecin. Perreau, Paul Boudin et d'autres auteurs ont eu l'occasion de la rappeler à plusieurs reprises. Il faut en premier lieu garder tout son sang-froid et surtout « ne pas chercher à faire enlever clandestinement le cadavre pour le faire ramener en sa demeure ». En vertu de la loi sur les inhumations, le déplacement d'un cadavre (tel que transport du corps du décédé à son domicile) ne peut s'effectuer sans une autorisation de dépôt. Perreau (1) rappelle que l'article 78 du Code civil dans sa rédaction primitive obligeait la personne chez laquelle en décède une autre à déclarer cet événement à l'Officier de l'Etat-civil en vue de rédiger l'acte de décès, toutefois la loi du 7 février 1921 spécifie que « l'acte de décès doit être dressé par l'Officier de l'Etat civil de la commune où le décès a eu lieu, sur la déclaration d'un parent du défunt ou sur celle d'une personne possédant sur son état-civil les renseignements les plus exacts et les plus complets qu'il sera possible ». Le praticien ne serait donc pas strictement tenu de faire lui-même la déclaration dans le cas où la famille du décédé habiterait la localité où est domicilié le médecin ; ce dernier devrait seulement aviser immédiatement la famille. En réalité, même dans le cas où cela n'est pas obligatoire, il semble plus prudent pour le praticien d'avertir non seulement la famille du défunt, mais également l'Officier de police judiciaire (Maire, Commissaire de police). Cette façon de procéder, nous dit Perreau, a un double avantage : elle permet d'une part d'éviter des contestations sur le point de savoir si le praticien était tenu ou non de faire cette déclaration, d'autre part, elle empêche de suspecter sa responsabilité en montrant qu'il ne cherche pas à cacher le fait ni le lieu du décès.

Enfin, signalons avec Fribourg-Blanc que, dans l'armée, on oblige les médecins à prévenir le Commissaire de police, en cas de mort subite au régiment.

Problèmes éventuels de responsabilité professionnelle

Le fait qu'un client est décédé au domicile du praticien ne constitue pas pour ce dernier une présomption de faute. On ne saurait assimiler le médecin à un commissionnaire de transports qui étant obligé par contrat de transporter des personnes en un endroit déterminé se trouve en défaut dès que la convention n'est pas intégralement exécutée. En matière de responsabilité médicale, c'est au client ou à ses ayants-droit d'apporter la preuve de la faute du médecin. Or, d'après les termes de certains Jugements, on pourrait croire que ce ne serait pas au malade ou à ses héritiers à faire la preuve de la faute, mais que ce serait au médecin à montrer que le préjudice a été causé par un fait étranger qui ne lui est pas imputable. « Si une telle jurisprudence se généralisait, déclare Maître Peytel, (1), elle constituerait à l'encontre des médecins une présomption de responsabilité. C'est ce que la Cour de cassation a toujours repoussé. »

En matière de responsabilité, il est un principe rigoureux qui, à plusieurs reprises, a été souligné par les juristes : « pour que la responsabilité du médecin soit engagée, il faut d'abord relever une faute à sa charge et il faut aussi

(1) Perreau. — Obligations et droits du dentiste en cas de décès d'un client dans son cabinet. *La Semaine dentaire*, 5 février 1928, p. 138.

(1) Peytel. — La responsabilité des médecins. Une question de preuve. Société de médecine légale, séance du 13 février 1939. *Annales de médecine légale*, 1939, p. 211.

---

grossiers qu'ils ne peuvent que nuire à sa thèse et qu'ils ne soutiennent guère celle-ci qu'à la façon dont la corde soutient le pendu.

Il fait cependant des réserves (1) : « Je ne suis nullement convaincu des détails du système de Gall, mais son principe me paraît remarquable..... Le premier, je pense, j'ai attaqué la localisation qui me semblait la mieux établie, celle de l'amour physique dans le cervelet, ou du moins, j'ai fait voir que cet organe n'y était pas exclusivement consacré et qu'il présidait à des mouvements de station, de locomotion, d'équilibration ».

Pour Broussais, c'est tout autre chose. Broussais a connu la célébrité et même des triomphes, mais sa doctrine, par trop simpliste, est en passe de disparaître. Or, il ne veut pas descendre de son piédestal. Il lui faut un autre cheval de bataille que l'irritation cause commune à tous les maux. Broussais, on l'a dit ailleurs, doit une grande partie de son succès à ses opinions politiques. Il est libéral, sinon plus, et siège, si l'on peut dire, à l'extrême gauche du Corps médical. Or la phrénologie a une bonne presse dans les milieux avancés, tandis que les conservateurs en font, sans que l'on voie bien pourquoi (2), une doctrine anti-religieuse et même sacrilège. Cela fait l'affaire de Broussais. Il professera la phrénologie et comme son nom est toujours un drapeau, il triomphera momentanément une fois de plus. C'est le 11 avril 1836 qu'il donne sa première leçon dans le grand amphithéâtre de la Faculté et naturellement, il fait salle comble. La leçon est pour une heure de l'après-midi ; dès 11 heures du matin, l'amphithéâtre est bondé. Mais l'affluence est si grande et l'on assiège les portes de si bonne heure, que les cours qui précèdent celui-là ne peuvent avoir lieu. Le doyen suspend le cours qui sera repris dans un amphithéâtre particulier, rue du Bac, n° 76.

La *Gazette des Hôpitaux* fulmine, bien entendu, en s'en prenant à Orfila, sa bête noire, et du coup elle se fait le soutient sans défaillance de la phrénologie. Naturellement, la *Gazette médicale de Paris* adopte l'attitude contraire et combat l'initiative de Broussais et en quels termes ! « Voilà M. Broussais professeur de psychologie. C'est un bien triste pis-aller pour un homme qui a eu la gloire d'être le chef d'une importante école médicale ; il aurait dû, ce me semble, jouir en paix de ses anciens triomphes. M. Broussais renonce à la médecine et se fait philosophe. La philosophie est sans doute une excellente chose en pratique. On en recommande l'usage aux pouvoir tombés, aux héros vaincus, aux riches ruinés, aux gloires obscurcies, aux ambitions déçues. M. Broussais pouvait sous ce rapport en avoir besoin... »

Pour la phrénologie, on compte encore Amussat, lequel déclare : « Je me suis peu occupé de phrénologie ; cependant, quand j'ai fait des cours d'anatomie, je l'ai étudiée, j'ai médité Gall et j'y ai trouvé des choses très remarquables et qu'on ne saurait réfuter avec des allégations vagues » ; il y a aussi Adelon, Ferrus comme membres de l'Académie, tandis que dans le camp opposé, on trouve Leuret qui déclare : « Quand

(1) Séances de l'Académie de médecine du 26 avril 1836.

(2) On lit dans Poupin (*loc. cit*) : « Elle (la phrénologie) ne conduit pas à douter de l'existence de l'infini ; au contraire, elle démontre mathématiquement aux gens sensés qui s'occupent de ses principes, cette grande vérité que toute existence, que tout phénomène émane de l'éternel et que la création tout entière, avec ses soleils et ses mondes, n'est que l'auréole de ce grand être . Et plus loin : « La phrénologie et la physiognomonie, plus que toute autre science, enseignent à tout rapporter à Dieu .

prouver que le dommage subi est la conséquence directe et certaine de la faute ».

Non seulement le décès du client dans le cabinet médical ne fait pas présumer la faute du praticien, mais celui-ci conserve le droit de réclamer des honoraires pour les soins qui ont été donnés. Le médecin a également droit au remboursement des frais de tous ordres qu'il a pu faire pour le compte de la famille du défunt (tels que frais de transport du corps).

On se demande parfois si les accidents particulièrement impressionnants que nous venons de rappeler ne pourraient pas être évités en prenant certaines mesures de précaution. Or nous savons qu'aucun praticien — aussi consciencieux qu'il soit — n'est à l'abri d'une pareille éventualité. L'intervention la plus anodine de la pratique courante peut avoir, de façon tout à fait fortuite, les suites les plus désastreuses.

Il n'en est pas moins vrai que lorsqu'une action en responsabilité sera intentée contre le médecin par la famille du décédé, le demandeur s'efforcera toujours d'établir [dans le cas, par exemple, où la mort sera survenue à la suite d'une injection intra-veineuse ou d'une anesthésie locale (1)] que le praticien, avant d'effectuer l'intervention, a omis de procéder à certaines recherches : examen du cœur, des poumons, analyse d'urine, etc... Il est superflu de rappeler qu'il est absolument nécessaire, avant d'entreprendre tout traitement, de se livrer à un examen très précis du malade. Paul Boudin (2), envisageant le cas particulier du traitement de la syphilis par injections intra-veineuses dans le cabinet du médecin, dit à ce sujet : « le docteur ne sera jamais rendu responsable d'un accident mortel survenu à la suite de la piqûre, si le praticien démontre que le traitement institué n'a été entrepris qu'après examen sérieux du malade et que toutes les règles d'asepsie ont été respectées ». Dans le cas où il s'agit d'une intervention assez délicate et qui risque d'être quelque peu choquante pour le malade (par exemple, première insufflation en vue de la réalisation d'un pneumothorax thérapeutique), le praticien agira avec la plus élémentaire prudence en pratiquant l'intervention non dans son cabinet, mais au domicile du malade ou mieux encore dans un établissement de soins (clinique, service hospitalier).

Ainsi donc, quelque impressionnant que puisse être le décès du client dans le cabinet du médecin, cette éventualité ne saurait en aucune manière faire présumer la faute du praticien et rendre la position de celui-ci plus délicate, en cas de poursuite en responsabilité par la famille.

(1) Nous laissons bien entendu de côté toute question de responsabilité en matière d'anesthésie générale, cette dernière ne devant en aucune façon être administrée en cabinet par un praticien isolé.

(2) Paul Boudin. — *Concours médical*, 20 novembre 1921. Jurisprudence, p. 3163.

Les pieds brûlants des hépatiques (1)

Par le Professeur **Th. HERNANDO**

Bien que au cours de ces dernières années, les publications au sujet des hypovitaminoses dans l'alcoolisme aient été nombreuses, nous nous sommes permis d'exposer et de commenter ci-dessous les histoires cliniques de deux malades alcooliques dont le tableau clinique présente quelque particularités qui, nous croyons, peuvent être interprétées comme d'origine carencielle.

Observation n° 1. — Mme Bui..., âgée de 46 ans, femme de ménage, est entrée dans le service le 22 mai 1939 pour des troubles digestifs et des douleurs des membres inférieurs.

Née en Normandie, elle y a passé ses huit premières années. Elle vit à Paris depuis. Son mari est mort de tuberculose pulmonaire. Elle n'a eu qu'un enfant, qui est mort à 2 mois 1/2 d'une méningite.

Elle n'a jamais été gravement malade jusqu'à ces derniers mois. Cependant en 1922, elle a été opérée d'une fistule anale et depuis cinq ans, elle est soignée pour « insuffisance hépatique ». Elle n'est plus réglée depuis un an.

Les troubles actuels datent de 2 mois 1/2 environ. Ce sont des douleurs épigastriques sourdes, continues sans paroxysmes, des vomissements bilieux, survenant surtout le matin, et une diarrhée fréquente, douloureuse, accompagnée d'un ténesme rectal très pénible et qui, plus que les autres symptômes digestifs, a inquiété la malade. De la même époque, date une anorexie très accusée et globale, et une atteinte sévère de l'état général : durant ces 2 mois 1/2, la malade a maigri de 8 kilos.

Enfin, depuis quelques semaines, elle a commencé à souffrir de douleurs très violentes dans les membres inférieurs. Elle se plaint en outre de cauchemars. Bien que l'éthylisme soit à peu près certain, il est difficile d'obtenir des précisions sur la nature et la quantité des boissons alcooliques ingérées.

(1) Travail de la Clinique du Professeur Loeper, Hôpital Saint-Antoine.

---

je retrouve, chez le mouton, la circonvolution qui, d'après vous, donne à l'homme la connaissance de Dieu, je conclus que le mouton a la connaissance de Dieu ». On y trouve aussi Rochoux qui déclare que « les organes de la phrénologie ne s'aperçoivent qu'avec les yeux de la foi ». Puis il y a les tièdes, les indécis et les conciliateurs parmi lesquels il sied de citer Guéneau de Mussy qui constate que « s'il est dans les destinées de la phrénologie d'être un jour une science, cette science est encore toute à faire ». C'est le discours de ce dernier qui décide l'Académie à cesser de s'occuper de cette question jusqu'à plus ample informé.

A côté des discussions académiques et des articles de journaux, il faut faire une place aux livres. Nous avons déjà parlé de celui de Poupin ; joignons-y le *Nouveau manuel de phrénologie* de Combes et Fossati, dont Leuret déclare qu'il fera plaisir « à tous ceux dont l'esprit est vide et le crâne bien conformé ». De l'autre côté de la barricade, ce sont des autorités qui combattent et notamment des membres de l'Institut, Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences et Lélut, de l'Académie des Sciences morales, dont l'ouvrage, très intéressant, envisage le problème presque uniquement au point de vue psychologique, laissant trop dans l'ombre ses difficultés anatomiques et physiologiques.

Mais il n'y a pas que les paroles, il n'y a pas que les écrits, il y a les faits et ceux-ci parlent assez haut pour qu'on les entende. Il est évidemment facile de constituer, comme cela se faisait beaucoup alors, une collection de crânes et de leur faire dire ensuite ce que l'on veut, s'ils sont anonymes ; il n'est pas plus malaisé de montrer sur le portrait de quelques grands hommes défunts, les caractéristiques phrénologiques qui les prédestinaient à ce qu'ils furent ensuite, de trouver la bosse de la musique chez Rossini et celle de la diplomatie chez Talleyrand. La chose devient un peu plus ardue lorsqu'il s'agit de pièces fraîches provenant de sujets qui ont marqué à des titres divers à l'époque même que l'on vit. Elle est même si ardue que l'on peut croire que les échecs réitérés de la phrénologie en ce chapitre furent pour beaucoup dans sa disparition.

Voici pour commencer, l'aventure du crâne de Bichat. M. Genty a rapporté jadis (1), la savoureuse histoire de la présentation à la Société anthropologique, dans la séance du 18 novembre 1832, de ce crâne qui avait été conservé par le chirurgien Roux, lequel l'avait confié à Foissac, qui n'était pas moins ardent partisan du système de Gall que du magnétisme animal. Foissac joua à la susdite société le tour pendable de ne pas lui dire à qui avaient appartenu ces ossements. Et les membres de ce groupement furent unanimement d'avis que l'on trouvait sur ce crâne les instincts animaux beaucoup plus développés que les sentiments intellectuels. Ils ajoutèrent même qu'un malheureux aussi mal conformé avait dû mourir sur l'échafaud. Il fallut, à la séance suivante, biffer en hâte cette partie du procès verbal quand William Edwards (frère de Milne) dévoila que ce crâne était celui de Bichat.

Quatre ans plus tard, autre aventure : Lacenaire et Avril, deux effroyables bandits, venaient d'être guillotinés pour de nombreux assassinats perpétrés avec une sauvagerie sans nom. Leurs têtes furent étudiées avec minutie, notamment dans le cours de physiologie de Bérard. Or, il se trouva, d'après le

(1) *Le Progrès médical*, 1932, Supp. n° 6.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme amaigrie, asthéniée et l'on est immédiatement frappé de son comportement psychique.

Elle est triste, déprimée, répond difficilement aux questions et se met parfois à fondre en larmes au cour de l'interrogatoire.

Les poumons, le cœur sont cliniquement normaux. La T. A. = 11 1/2-7.

L'abdomen est légèrement augmenté de volume, la paroi abdominale est parcourue d'une circulation collatérale sus- et sous-ombilicale ; il n'y a pas d'ascite ; la rate n'est ni percutable, ni palpable. Le foie, par contre, est volumineux, débordant de 8 à 9 cent. le rebord costal. Son bord inférieur est lisse, sa consistance est uniformément dure ; la palpation est indolore. La malade a quelques hémorroïdes externes.

Les signes neurologiques occupent dans ce tableau clinique une place de premier plan. La malade souffre depuis quelques semaines de douleurs spontanées très intenses, siégeant aux membres inférieurs, évoluant par crises. A ces douleurs paroxystiques s'associe une sensation très particulière et permanente de brûlure intolérable, plus intense pendant la nuit, de la plante du pied, exagérée par la pression, rendant la marche très difficile. Le contact des draps est lui-même douloureux. On est obligé de protéger les jambes par un cerceau. Les membres supérieurs sont le siège de fourmillements.

A l'examen objectif, on note une diminution de la force musculaire segmentaire, portant sur tous sur les muscles de la loge antéro-externe. Les réflexes rotuliens sont abol s des deux côtés ; les réflexes achilléens sont très affaiblis. Le réflexe cutané abdominal est aboli. Les troubles de la sensibilité portent surtout sur la sensibilité superficielle ; ils consistent essentiellement en une hyperesthésie à tous les modes, étendue aux deux membres inférieurs, mais prédominant sur la plante des pieds, avec quelques erreurs ou retards de perception. La pression des masses musculaires du mollet réveille une douleur très vive. Le sens des positions, le sens stéréognostique sont conservés ; le sens vibratoire est affaibli.

Il n'y a pas de signe d'ataxie, pas de troubles de la coordination.

Les réflexes pulilaires sont normaux. Depuis un an, l'acuité visuelle a diminué.

L'examen des téguments révèle des signes très particuliers. Les mains sont le siège d'un érythème et d'une pigmentation brunâtre qui s'étend de la face dorsale de l'avant-bras à la partie moyenne des métacarpiens. Par contre, la peau de la partie distale du dos de la main et des doigts est lisse, rose, finement squameuse On observe aussi dans la palme, un léger érythème et une desquamation fine. A la palpation la peau est sèche, amincie, atrophique comme si la couche dermique avait presque disparu. Aux coudes, on remarque le même aspect rosé, mais il s'y associe un certain degré d'hyperkératose.

Ces lésions cutanées ne sont pas localisées aux membres supérieurs. Elles se retrouvent aux pieds où la face plantaire est de deux côtés, le siège d'une hyperkératose avec des crevasses intenses formant autour du talon une véritable gaine. Une hyperhématose moins accentuée se retrouve sur le dos du pied avec une légère desquamation.

Sur le visage , on note une desquamation furfuracée de la lèvre supérieure et de la racine du nez, s'étendant de chaque côté en ailes de papillon. La même desquamation se retrouve sur les faces latérales du cou.

Les ongles sont amincis, flexibles sans être cassants, presque mous. Depuis sept ou huit mois, la malade a remarqué la chute progressive des poils axillaires et pubiens : actuellement, les aisselles sont glabres.

Il n'y a pas de lésion de la muqueuse buccale, ni de la langue.

On note une légère congestion conjonctivale.

La température oscille de 37° à 38°. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigment, ni sels bilaires. L'étude de la galactosurie montre une élimination importante dans le premier échantillon : 4 gr. 30. Le coefficient de Maillard est à 8,10. La recherche de la porphyrine par la méthode de Beck-Ellinger-Spies est positive.

Dans le sang, les réactions de B. W., Kahn, Meinicke sont négatives. L'urée est à 0,21. La glycémie à 0,85. Une épreuve d'hyperglycémie provoquée montre une courbe très écrasée partant de 0,82 ne dépassant pas 1,32, puis retombant à 1,10, 0,89, 0,72. Le cholestérol sanguin est à 2,30 gr. Le taux des protides et des chlorures sanguins sont normaux. La bilirubinémie est à 20 mgr. %°. La numération globulaire montre une anémie légère 3.540.000 avec une formule blanche normale.

L'étude du chimisme gastrique après injection d'histamine donne les résultats suivants : acidité totale 1,7 HCl libre 1,1 HCl combiné 0,4. Acides de fermentation 0,2.

Dès son entrée, la malade est traitée par des injections quotidiennes de 10 grammes d'extrait hépatique et de la strychnine par la bouche. Après un mois de traitement, la diarrhée et le ténesme se sont améliorés. Elle a perdu 3 kgr. Les douleurs sont inchangées. Du 20 juin au 1er juillet, on adjoint au traitement précédent une injection quotidienne de 10 mgr. de bévitine : les douleurs persistent.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'alimentation est plus variée.

Les troubles cutanés se sont légèrement modifiés. La pigmentation des mains a pali. Au niveau des deux articulations métacarpo-phalangiennes du doigt, on remarque l'apparition de plaques d'hyperkératose.

Une nouvelle recherche de porphyrine dans les urines est positive. Le taux d'acide nicotinique du sang déterminé par la méthode de Lweff est de 0,062 gr. par litre, mais il est à noter que depuis un mois, la malade reçoit de l'extrait hépatique.

Le 1er juillet, on arrête la bévitine et on commença une cure d'amide nicotinique d'abord par la bouche, puis en injec-

---

compte rendu de la *Gazette des Hôpitaux* elle-même, que sur le crâne de Lacenaire, les parties supérieures, affectées par les phrénologistes à la bienveillance, à l'amour de Dieu, etc., étaient très prononcées, tandis que les parties qui répondent à la *destructivité* étaient très médiocrement développées. La *Gazette médicale de Paris*, naturellement, triomphe et souligne : « Lacenaire, voleur, athée, sans pitié, sans remords, monstre d'immoralité par tempérament et par système, porte sur son crâne les signes distinctifs d'un homme violent, mais probe, d'un cœur passionné, mais bienveillant, d'un caractère ferme, mais juste et religieux ». Chez Avril, même antienne ou à peu près ; sur son crâne, les penchants sanguinaires, ceux du vol et de la ruse sont inappréciables ; en revanche, ceux de la théosophie, de la justice, dominent tous les autres En somme, (le mot est, croyons-nous, de Bérard) : « Une tête pareille ferait honneur à un saint ».

Autour de ce crâne, il y eut naturellement des polémiques ; on prétendit même que les deux crânes des bandits avaient été pris l'un pour l'autre, mais, étant donné leur ressemblance phrénologique, la conclusion ne pouvait changer. En somme, malgré quelques autres caractères correspondant bien à ce que la phrénologie leur attribuait, les deux tetes de ces sinistres assassins donnaient à cette science (?) un démenti dont elle devait avoir de la peine à se relever.

Ceci d'autant plus que cette histoire venait s'ajouter à celle du crâne de Fieschi, auteur du terrible attentat contre Louis-Philippe qui fit de nombreux morts, dont le maréchal Mortier, et ce crâne montrait une telle contradiction avec ce qu'il aurait dû être que le système en avait déjà été fortement ébranlé : « Fieschi, dit Lélut dans une lettre à la *Gazette des Tribunaux*, qui avait tué à la guerre toute sa vie, qui ne se séparait jamais de son poignard, qui a fini par tuer ou blesser d'un seul coup trente à quarante personnes, n'avait en aucune façon l'organe de la destruction. Il n'avait pas non plus ceux de la ruse et de la prudence, lui qui avait prémédité pendant plusieurs mois l'épouvantable assassinat qui l'a conduit à l'échafaud. Il avait ceux de la bonté, de la théosophie... ».

On a peine à concevoir comment, vingt-six ans plus tard, les phrénologistes se risquèrent encore à interroger des crânes de malfaiteur . Et cependant, en 1862, la tête de Dumollard, l' « assassin des bonnes » ne montrait pas non plus la bosse du meurtre, ni celle de la combativité, mais en revanche, celles de l'amativité, de la bienveillance et de la vénération (1) !

La phrénologie, cependant, à cette époque, était bien morte. Elle réapparut bien en 1842, dans une discussion qui eut lieu encore à l'Académie de médecine, mais ce fut son dernier soupir. Il faut dire qu'à cette date, elle retrouva des défenseurs qui avaient survécu depuis la suspension de la discussion six ans auparavant, car il avait fallu ce laps de temps pour reprendre les débats clos sur la demande de Guéneau de Mussy. Bouillaud était là, avec Ferrus, pour exalter les idées de Gall et de Spurzheim et pour tenter de galvaniser les restes de la pseudo-science. Mais j'ai raconté ailleurs (2) cette histoire ; on m'excusera de n'y pas revenir.

Henri Bouquet.

(1) V. Henri Bouquet. — L'assassin, le phrénologue et le céphalométreur. *Revue pratique de biologie appliquée*, janvier 1936.

(2) *Le Progrès médical*, 24 avril 1942.

tions (une ampoule de 10 centigr. par jour). Le 25 juillet, on associe à ce traitement la bévitine en injection intra-veineuse.

Vers la fin de juillet, on note une amélioration. Le poids qui ne cessait de diminuer se relève ; les troubles psychiques s'atténuent, la malade est plus gaie, plus présente. Les douleurs paroxystiques sont beaucoup moins vives, mais la sensation de brûlure plantaire persiste. Le 21 août, les urines ne contiennent plus de porphyrine.

Le 31 août, l'amélioration est considérable. Le psychisme surtout est transformé. Les lésions cutanées péri-buccales ont disparu. Les troubles névritiques sont atténués. La malade peut marcher ; elle a pris 7 kgr. en un mois et demi.

Plutôt qu'être évacuée avec l'hôpital, elle préfère rentrer chez elle. La sensation de pied brûlant n'avait pas entièrement disparu.

Pendant les mois suivants, la malade a été perdue de vue. Elle est revenue mourir dans le service, d'une pneumonie, à la fin du mois de juin 1940.

Observation n° 2. — Mme Bur... (Marie), âgée de 35 ans, est entrée dans le service du Professeur Loeper, salle Chauffard, le 29 août 1940. Elle se plaint de douleurs dans les membres inférieurs et d'une grande difficulté de la marche.

Elle n'a pas présenté de maladie grave jusqu'à l'âge de 31 ans. Elle a eu trois enfants ; un seul survit, les deux autres étaient mort-nés. A 31 ans, elle commença à présenter des troubles digestifs que l'on met sur le compte d'une atteinte hépatique. Elle suit dès lors un régime alimentaire assez strict. Depuis un an, elle a partiellement perdu l'appétit et ne mange plus que des légumes secs, des pâtes, quelques légumes verts et des fruits. Elle ne mange que rarement de la viande et en petite quantité, jamais d'œufs. Elle prenait chaque jour un bol de lait.

Par contre, elle avoue facilement s'adonner depuis dix ans à une consommation excessive de boissons alcooliques variées : vins, apéritifs divers.

Vers le milieu de juin 1940, à la suite d'une rhino-pharyngite banale, les troubles digestifs s'accentuent et les troubles nerveux apparaissent caractérisés d'abord par des douleurs, puis par une gêne progressive de la marche. Parallèlement, son état général décline : elle est très fatiguée et elle maigrit. Elle se plaint de cauchemars avec zoopsie.

Depuis trois mois, elle n'a pas ses règles.

Au moment de son entrée à l'hôpital, les douleurs sont très violentes, continues, exagérées par paroxysmes qui surviennent aussi bien la nuit que le jour. Elles prédominent aux membres inférieurs et prennent à la plante des pieds le type de brûlures permanentes et très pénibles. Elles s'accompagnent de fourmillements aux membres supérieurs.

A l'examen, on se trouve en présence d'une malade amaigrie, au teint pigmenté. Les membres inférieurs sont le siège d'une amyotrophie marquée, prédominant sur la loge antéro-externe. Le pied est tombant, la marche presque impossible. La palpation des masses musculaires est très douloureuse. Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis, de même que le réflexe cutané abdominal. Aux membres supérieurs, on constate seulement une diminution de la force musculaire, mais les réflexes tendineux sont très affaiblis. Il n'y a pas de troubles psychiques, pas de troubles oculaires.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes. La rate n'est pas perceptible. Cœur et poumons sont normaux. La T. A. : 12-8. Le temps de saignement est de 2'5, le temps de coagulation de 8'.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines ; l'épreuve de la galactosurie montre une élimination excessive et prolongée. La bilirubinémie sanguine (méthode de Chabrol) est à 10 milligrammes. La formule sanguine est normale.

A ce tableau clinique de polynévrite alcoolique banale, s'ajoutent des signes cutanés assez particuliers.

Les altérations cutanées sont représentées par une hyperkératose plantaire, bilatérale et importante. Cette lésion se retrouve, à un moindre degré, aux coudes. Il s'y associe, dans les mêmes régions, une pigmentation gris-brunâtre et une exagération des plis normaux dessinant une sorte de quadrillage. Les jambes et les cuisses sont le siège d'une kératose pilaire des plus nettes ; la peau est d'une sécheresse exagérée. Sur les mains, on note l'existence de plaques pigmentées brunâtres lichénifiées, en regard des articulations métacarpo-phalangiennes et, à la face dorsale du IV doigt, une plaque d'atrophie cutanée.

Il n'y a pas d'altération cutanée du visage. La malade n'a jamais eu d'aphtes. Elle ne présente pas à l'examen, de lésions des lèvres, ni de la muqueuse buccale. Elle n'a pas d'héméralopie.

Le 15 octobre 1940, la recherche de la porphyrine dans les urines est très nettement positive.

Pendant les huit mois que dura son séjour, la malade fut soumise à une série de traitements par la vitamine-B intraveineuse, l'amide nicotinique par la bouche et en injections, la levure de bière à la dose de 5 fois 20 grammes par jour. Les douleurs s'atténuèrent, mais la marche ne put être reprise. Les lésions cutanées persistèrent sans changement notable.

Elle quitte le service en avril 1941.

Ces deux cas présentent des antécédents et des symptômes communs et d'autres différents.

Il s'agissait de deux femmes atteintes d'intoxication éthylique ayant souffert d'une alimentation déficiente, avec symptômes hépatiques, plus accentués chez la première malade qui avait le foie très gros et chez qui on remarquait une ébauche de circulation collatérale. Les deux cas présentaient des symptômes neurologiques : affaiblissement ou abolition des réflexes tendineux et du cutanéo-abdominal ; altération des sensibilités superficielle et profonde et, chez la seconde, une paralysie totale des extenseurs des pieds. Elles avaient comme symptômes communs le « pied brûlant » qui, chez les deux, s'accompagnait d'une hyperkératose légère sur le dos des pieds et très intense sur les plantes, spécialement chez la première malade qui éprouvait aussi une sensation de brûlure plus forte.

Les deux présentaient des manifestations cutanées : chez la première, aussi bien par leur aspect que par leur distribution, elles rappelaient l'éruption de la pellagre avec la différence unique qu'elles s'étendaient aussi à la paume des mains ; ces éruptions étaient localisées sur les deux mains jusqu'aux poignets, sur le dos des pieds, aux coudes, à la figure et légèrement sur le cou (collier de Casal) ; chez la seconde malade tout en ayant une distribution semblable, l'éruption revêtait un aspect hyperkératosique, quelquefois lichénoïde, avec quelques zones atrophiques sur le dos des mains ; dans les deux cas, ces lésions s'accompagnaient d'une pigmentation intense.

La première malade pourrait être considérée comme un cas de pellagre alcoolique. En faveur de ce diagnostic, nous avons ses antécédents, les symptômes intestinaux initiaux (diarrhée avec ténesme), l'anorexie, l'amaigrissement, les troubles hépatiques ; certains de ses symptômes cutanés, les troubles du système pileux et des ongles et les légères manifestations mentales : état de dépression et larmoiement sans motif (*Sine manifesta causa, coram Ne flatum miscere verbis seleeat*, dit Casal).

A ce tableau s'ajoutent les symptômes neurologiques : diminution de l'acuité visuelle (névrite rétrobulbaire), diminution des réflexes tendineux et cutanés, altérations de la sensibilité et surtout les pieds brûlants et les hyperkératoses intenses.

La nicotamidémie était basse : 0,62 mgr. par 10 c.c. Ce chiffre était compris dans ceux que Fiessinger, Albeaux-Fernet, A. Lwoff et Queride appellent la nicotamidémie d'alarme (entre 0,72 et 0,62). Il est vrai que selon Lwoff qui a eu l'amabilité de faire cette détermination, la nicotamidémie n'a pas une grande valeur au point de vue du diagnostic de la pellagre et serait plutôt l'indice d'une lésion hépatique.

La deuxième observation pourrait être considérée comme une polynévrite alcoolique, mais à ces symptômes, il faut ajouter les pieds brûlants, les troubles de la sensibilité profonde, les cauchemars, les pigmentations, les hyperkératoses et les zones de peau atrophique et lichénoïde. Elle présente aussi de l'anorexie, de l'amaigrissement et enfin l'absence des règles.

A cause de ces symptômes, nous croyons également que cette malade doit être considérée comme un cas de pellagre.

Nous devons ajouter que, dans les deux cas, il y avait des lésions hépatiques, fréquentes et peut être constantes dans la pellagre et de la porphyrinurie. Nous devons cependant signaler que nous avons fait la détermination de la porphyrine par la méthode de Beck-Ellinger-Spies, méthode très discutée puisqu'elle donnerait plutôt de l'uroséine que l'on trouve souvent dans la pellagre.

***

Le point particulier qui a retenu notre attention dans ce tableau clinique, c'est l'intensité de la sensation de brûlure des pieds, syndrome qui a été décrit sous le terme de « pieds brûlants » et qui coïncidait souvent avec diverses manifestations carencielles.

Cette sensation de brûlure déjà signalée par Casal (1735) et pendant le XIXe siècle par les médecins anglais exerçant dans les pays chauds, a été retrouvée, et bien étudiée, par Grande et Peraita et Marquez au cours de l'épidémie de pellagre de Madrid (1937-1939). Les auteurs la considèrent comme un

syndrome paresthésique causalgique attribuable aux lésions du système nerveux végétatif, d'origine carencielle.

L'association de la sensation de pieds brûlants, d'hyperkératose et de névrite optique retrouvés chez nos malades, nous paraît relever d'une déficience des vitamines du groupe B2 que l'on peut rattacher à la pellagre, avec la particularité de son étiologie alcoolique.

Le problème de l'origine de ces troubles sera étudié plus longuement dans un autre article.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1942

Tuberculose de la rate dans la maladie de Vaquez. — ***MM. N. Fiessinger. R. Leroux*** et ***J. Grislain*** après avoir rapporté l'histoire d'une maladie de Vaquez suivie depuis cinq ans, dont la période terminale, attribuable à une tuberculose généralisée, se signale par la prédominance des lésions au niveau de la rate, rappellent la fréquence des tuberculoses spléniques dans la maladie de Vaquez et en discutent les raisons. Dans certains cas à début érythro-leucémique, on peut penser que la tuberculose est primitive, mais le plus souvent elle paraît nettement secondaire et tardive, la prépondérance lésionnelle sur la rate apparaissant comme la conséquence du véritable surmenage fonctionnel que subit cet organe dans la maladie de Vaquez.

Le blé est-il rationnellement utilisé dans la fabrication actuelle du pain. — *M. Perrot* expose, avec chiffres à l'appui, que par la fabrication du pain intégral, indigeste et malfaisant, qu'on obtient avec la poudre totale du grain, le blé est mal utilisé. En effet, 15 % de son poids (son) sont totalement non digérés, tandis que donnés aux volailles et surtout aux porcs, on les transformerait en viande et en graisse, ce qui serait appréciable puisque si l'on peut libérer ce son, on estime son poids à 3 ou 4 millions de quintaux. Or, par addition de 3 % d'eau à la farine blutée à 85 % et 3 % d'un amidon étranger, on obtient le même poids de pain blanc, d'un volume beaucoup plus grand, de valeur comestible plus élevée.

Du risque de l'imprégnation par la nicotine dans les locaux enfumés. — ***M. R. Fabre*** et ***Mlle H. Perdreau***, ayant effectué des dosages de nicotine dans les urines de sujets non fumeurs séjournant dans une atmosphère enfumée, ont retrouvé des quantités de cet alcaloïde, supérieure parfois au milligramme, et démontrant ainsi la possibilité de l'imprégnation par la nicotine par séjour dans une telle atmosphère. Les auteurs émettent le vœu que soit mise en vigueur l'ordonnance du Préfet de police en date du 1er janvier 1927 relative à l'interdiction de fumer dans une salle de spectacle.

Le gaspillage des protéines d'origine animale. — ***M. Martel*** montre combien nos règlements en matière de viandes et d'inspection sont encore empreints de l'esprit de tradition. Les motifs dits de saisie sont basés sur des caractères mal définis. Parce qu'une viande maigre ne peut entrer dans le cadre des qualités arbitrairement admises, il ne s'ensuit pas qu'elle doive être détruite sans profit pour l'alimentation de l'homme, surtout au moment où nous manquons de tout. Il importe d'assurer à l'abattoir même, sous le contrôle et la responsabilité des services vétérinaires, la vente des viandes défectueuses récupérées et des viandes assainies provenant de bovins, de porcs atteints de tuberculose.

L'action du service général autonome de la trypanosomiase en A. O. E. et au Togo pendant trois ans. — ***M. Muraz.*** — Cette endemie est en régression importante.

Election d'un vice-président pour 1943. — M. Perrot est élu. M. Brouardel est réélu secrétaire annuel. MM. Lesage et Petit sont elus membres du Conseil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1942

Sulfamidoprophylaxie 2.090 R P et 2.255 R P des complications de la rougeole. — ***MM. J. Célice, Kartun*** et ***Camus*** ont soigné, depuis janvier 1942, 653 cas de rougeole parmi les 360 qui ont été traités par la méthode classique, 70 ont eu des otites, 24 des complications pulmonaires ayant causé trois décès. Les autres ont été soumis à la sulfamidoprophylaxie au cours de l'éruption. Sur les 123 cas traités par le sulfathiazol 2.090 R P. il n'y a eu que dix otites et une broncho-pneumonie et sur les 170 cas traités par la thiourée 2.255 R P neuf otites et trois complications pulmonaires.

Durant cinq jours, les auteurs donnent à partir du deuxième jour de l'éruption, une dose quotidienne de (soit en 2.090, soit en 2.255) :

1 gramme jusqu'à 1 an ;
1 gr. 50 de 1 à 2 ans ;
2 grammes de 2 à 3 ans ;
3 grammes de 3 à 15 ans et 4 grammes au-dessus de 15 ans.

En outre ils instillent plusieurs fois par jour, dans les narines, plusieurs gouttes d'une solution de sulfathiazol 2.090 R P, sodée à 7,4 pour cent.

Si les sulfamides n'ont aucune influence sur l'évolution de l'éruption, leur emploi permet de prévenir les complications et de diminuer ainsi le temps d'hospitalisation.

Forme fruste du syndrome de Milkmann. — ***M. Dereux*** (Lille) rapporte l'observation d'une malade qui présentait des signes fonctionnels très importants (douleurs très violentes dans la région lombaire et la cuisse gauche, altérations de la marche rappelant celles des myopathiques) et une seule strie osseuse linéaire bordée en haut et en bas par un liseré plus sombre, coupant transversalement le fémur gauche au niveau de la petite tubérosité. Un traitement par la vitamine D en solution très concentrée amena en deux mois la guérison clinique et radiographique.

Anasarque des diarrhées incoercibles. Action de la vitamine B_1. — ***MM. Merklen, H.-M. Gallot*** et ***Mme Ed. Gouvgou*** montrent l'action remarquable de la vitamine B_1 sur l'œdème dans un cas d'anasarque avec diarrhée incoercible résultant d'une incontinence néoplasique du pylore : la fonte des œdèmes, amena une perte de poids de plus de 14 kg. en vingt jours. Un défaut d'absorption et d'assimilation de la vitamine B_1, résultant de l'accélération du transit digestif, semble à incriminer ici, comme facteur d'*œdème digestif* à côté de l'irritation du pancréas et de l'insuffisance fonctionnelle du foie.

Septicopyohémie à staphylocoques. Guérison par l'iodo-sulfamidothérapie. — ***MM. H. Mondon, R. Pirot, L. André*** et ***J.-J. Blein*** rapportent un cas particulièrement grave d'anthrax de la lèvre supérieure, compliqué de septicémie (hémoculture positive au staphylocoque doré hémolytique) et d'abcès pulmonaires métastatiques, chez un matelot de 18 ans. Le traitement consiste surtout dans l'association d'iodoprotide, puis d'iodure de sodium, au septoplix dont on donna un total de 118 grammes. Les phénomènes locaux et généraux furent jugulés en quinze jours.

Septicémie à staphylocoque doré hémolytique. Guérison par le traitement sulfamidé. — ***MM. H. Mondon, R. Pirot, J.-L. André,*** et ***J.-J. Blein*** rapportent l'observation d'un sujet de 23 ans qui après une blessure bénigne d'un pied, présente un état infectieux grave ; l'hémoculture est positive au staphylocoque doré hémolytique. Un traitement sulfamidé est institué et le malade entre rapidement en convalescence après avoir reçu 274 grammes de sulfamides.

Après une récidive à la fin du mois de juin, on institue un traitement sulfamidé combiné à l'iodothérapie et le malade sort complètement guéri.

Un cas de crypto-leucémie aiguë. — ***MM. Mondon, Pirot*** et ***André*** rapportent le cas d'un homme de 27 ans ayant présenté un syndrome fébrile discret avec arthralgies et myalgies, à la suite duquel apparaissent des gingivorrhagies et une anémie qui s'accentue rapidement. Le nombre de leucocytes reste au-dessous de la normale. Cependant le myélogramme et l'examen histologique de la rate font poser le diagnostic de crypto-leucémie aiguë. La découverte de staphylocoque dans le sang et sur les frottis de rate, associé à l'histoire clinique de la maladie, permettent aux auteurs de discuter l'origine infectieuse des leucémies aiguës.

INFORMATIONS

Collège de France. — Le cours du Professeur Leriche commencera le vendredi 8 janvier 1943 et non le 6, comme il avait été indiqué par erreur.

TABLE DES MATIÈRES POUR 1942

(La pagination des articles originaux est indiquée en caractères gras)

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS